FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE 179

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ROGER MANTION

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 1er Janvier 1900, à Dreux (Eure-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU

BUBON CLIMATIQUE

Président : M. TEISSIER, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Man. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°_____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ROGER MANTION

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 1er Janvier 1900, à Dreux (Eure-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU

BUBON CLIMATIQUE

Président : M. TEISSIER, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1928

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	RRANCA.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRAND'MÈRES

A MES ONCLES ET TANTES

A MES PARENTS

Hommage de profonde reconnaissance.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA CHÈRE FEMME ET DÉVOUÉE COLLABORATRICE

A M. LE DOCTEUR MARC RABETRANO
COMPAGNON DE TOUTES LES LUTTES

En témoignage d'une inaltérable amitié.

A MES AMIS

ET TOUT PARTICULIÈREMENT A :

MME LA DOCTORESSE JULIEN, M. LE DOCTEUR JUMELLE, M. LE DOCTEUR DUBOIS, M. LE DOCTEUR THIRION, M. R. TURREL, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS, M. J. GIACOMINI, M. EUGÈNE RABETRANO, M. J. SEIGNEURY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur TEISSIER

Professeur de Clinique des maladies contagieuses
Médecin de l'Hopital Claude Bernard
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

A qui nous adressons l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A M. le Professeur agrégé TANON

Qui a bien voulu nous aider de ses précieux conseils.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur RIEFFEL.
M. le Professeur GILBERT (*In memoriam*).
M. le Professeur ROBIN (*In memoriam*).
M. le Docteur FLORAND (*In memoriam*).
M. le Docteur MICHON.
M. le Docteur COURCOUX.
M. le Docteur WIART.
M. le Professeur SÉBILEAU.
M. le Professeur de LAPERSONNE.
M. le Docteur BAUDET.
M. le Professeur JEANSELME.
M. le Docteur HERSCHER.
M. le Docteur STEVENIN.

A M. le Docteur LÉVY

Assistant a l'Hopital Saint-Louis

Introduction

Presque exclusivement étudié dans les traités de pathologie exotique, considéré comme une affection purement tropicale ou sub-tropicale, le bubon climatique n'est guère cité que « passim » par les chirurgiens européens et français en particulier (à l'exclusion toutefois des opérateurs exerçant dans les grands ports de commerce, qui connaissent bien cette mystérieuse et décevante adénite) — ceci, jusqu'en 1913, date qui marque, grâce aux remarquables travaux des auteurs Lyonnais et malgré le silence bibliographique de la Grande Guerre, le début, d'une floraison d'articles, de rapports, de notes remettant en question l'étiologie surtout, mais aussi la clinique et la thérapeutique de cette forme si curieuse d'adénopathie.

Il est peu d'affections locales dont l'étiologie ait été aussi discutée. Il suffit d'ouvrir le très récent précis de médecine coloniale de M. le professeur Joyeux, pour se rendre compte de la multiplicité des conceptions causales : « Filariose lymphatique, Sporotrichose (Legry et Nattan-Larrier), Malaria, Amibiase (Ravaut-Montel). Manifestation pesteuse (Ta-

non et Cambassédès). Cause vénérienne (Gunther). Maladie autonome, maladie d'origine inconnue, ressemblant beaucoup à une adénopathie tuberculeuse... » Quant à la thérapeutique, elle est d'une variété qui dénote, à l'heure actuelle, nos incertitudes en face d'une affection dont la spécificité n'est rien moins qu'établie. Les travaux de MM. Favre, Nicolas et Durand et de leurs élèves, identifiant la lymphogranulomatose inguinale subaiguë au bubon climatique, c'est-à-dire, assimilant certaines descriptions de bubon climatique rapportées des régions tropicales ou sub-tropicales, à ces cas de bubons cliniquement indéterminés, d'évolution extrêmement subaiguë, signalés en France et dont la fréquence fut indiscutablement croissante après guerre, si même l'absolutisme de cette identification ne peut être conservé, ont, sans nul doute, fait accomplir un gros pas à la question. Nous considérons comme capitales, les conséquences de ces travaux, en ce sens :

1°) Qu'ils ont montré l'inconsistance de l'expression : bubon climatique » et de son contenu, véritable « mort qu'il faut qu'on tue », magma de descriptions souvent imprécises et d'étiologies parfois fantaisistes.

2° Qu'ils ont souligné l'importance du laboratoire, la nécessité de son contrôle permanent : dans tous les essais de différenciations, en face d'adénopathies inguinales qui ne font pas leur preuve. Bref, l'obligation d'un diagnostic différentiel précis.

3° Enfin, qu'ils ont individualisé une entité pathologique certaine, la lymphogranulomatose inguinale, adénopathie vraiment spéciale, à caractères cliniques précis, à évolution tout à fait particulière, à substratum anatomo-pathologique vraiment significatif.

Ceci dit, la lymphogranulomatose inguinale subaiguë représente-t-elle « tout » le vieux bubon climatique? Autrement dit : Le cadre : bubon climatique contient-il autre chose que la poradénite subaiguë. Ne répond-il pas, en outre, à ces formes atténuées de la peste bubonique, « formes liminaires » de M. Nattan-Larrier qui apparaissent de plus en plus fréquentes et que M. le professeur agrégé Tanon a pu étudier lors de la petite épidémie de peste qui sévit à Paris en 1920? Ne contient-il pas encore, ce vieux cadre clinique désuet, des formes atypiques d'affections nettement spécifiques, bien connues, mais qui, parce qu'atypiques créent également de grosses difficultés techniques au contrôle bactério-sérologique ? N'y a-t-on pas rapporté, à cette adénite tropicale, des maladies exotiques encore mal connues, à réactions ganglionnaires inguinales dominantes qui ravagent certaines régions du globe, graves dans leurs formes évolutives totales, bénignes, sous leurs formes « liminaires », mais aussi dans ce cas de diagnostic clinique et biologique souvent difficile.

C'est le but de notre thèse que d'essayer de répondre à ces diverses questions dans une première partie.

Après quelques mots d'historique, nous envisagerons les contradictions et les incertitudes cliniques et étiologiques qui font, à notre avis, que le démembrement de l'inconstant syndrome « bubon climatique » s'impose au profit d'individualités cliniques mieux caractérisées.

Nous étudierons tout d'abord les formes atypiques de bubons spécifiques ou non spécifiques, qui, à cause de leur atypie même ont certainement été décrits de nombreuses fois dans le cadre du bubon climatique et que les perfectionnements cliniques et bactériologiques actuels doivent définitivement en extraire.

Ensuite se posera le gros problème des « formes liminaires » de la peste et de la place énorme qu'elles occupent dans la pathogénie du bubon climatique, à notre avis.

Le rang de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë et la légitimité de son assimilation au bubon climatique sera discutée ensuite.

De même celui d'affections exotiques moins connues que nous avons cru reconnaître dans certaines descriptions de bubon climatique.

Enfin, nous terminerons par l'étude des éléments d'un diagnostic pratique et méthodique des composants du « syndrome bubon climatique ».

Dans une deuxième partie :

Nous étudierons la thérapeutique du bubon thérapeutique autant que possible inspirée d'une étiologie méthodique.

PREMIERE PARTIE

Contribution à l'étude étiologique du bubon climatique

I. — Quelques mots d'historique

L'étude historique du bubon climatique peut être divisée en quatre étapes, un peu schématiques mais qui montrent assez exactement la forme évolutive des diverses conceptions sur sa nature : Une première étape *d'idendification*, qui s'étend à peu près de 1865 à 1895; Une deuxième phase, que nous qualifierons *de discussion étiologique*, de 1895 à 1913. Une troisième « d'autonomie » de 1918 à 1922. Une dernière étape enfin « d'assimilation à la lymphogranulomatose inguinale de Nicolas, Favre et Durand ».

1° *Etape d'identification*, de 1805 à 1895. C'est avant tout *une phase clinique*.

Descriptions cliniques pour les chirurgiens Chassaignac et Velpeau (1865), qui dans le dictionnaire Dechambre décrivent quatre formes : « Une subaiguë d'emblée, une prolongée, une retardée et une abortive ». Même description pour Nélaton : « (De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaire. *Semaine Médicale*, 1890, p. 402).

Lejars (Leçons de chirurgie de la Pitié) décrit le bubon climatique sous le nom de bubon strumeux de l'aisc et en admet d'emblée l'origine tuberculeuse. C'est encore le règne de la cellule géante. A ce

point de vue, léger recul par rapport à Chassaignac et Velpeau qui pensaient devoir décrire une affection spéciale.

Descriptions cliniques aussi que celles des médecins maritimes Bodna et Ruber (1879), qui pour la première fois emploient le terme de « bubon climatique », de Ruge, qui pour la première fois en indique le caractère épidémique à l'occasion d'une petite épidémie observée sur des marins allemands, à Zanzibar (1896).

On voit donc que l'affection est à la fois signalée sous les tropiques par les coloniaux, et en Europe, par les chirurgiens.

2°) *Etapé de discussions étiologiques.*

Avec les travaux de J. Brault, dont le premier (Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë) paraît dans le *Journal Lyon-Médical*, en mars 1894, la discussion s'étend et prend à la fois un tour plus scientifique.

L'origine tuberculeuse est encore brillamment soutenue par MM. G. Marion et Ch. Gandy : « Adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires, prétendue simple (*Archives générales de Médecine*, 1er semestre 1901, p. 109).

Mais aussi, déjà, surtout à l'étranger, beaucoup d'auteurs voient dans le bubon climatérique *une manifestation pesteuse*. Cantlie, aux Indes, Simpron et Cobb (*Indian Medical Gazette*, (1896) les Travaux de

la commission anglaise (1897) montrent l'existence du bacille de Yersin.

Cependant de nombreuses études bactériologiques sont entreprises, qui aboutissent à la description de germes causals les plus variés : bacilles diphtéroïdes, micocoques et même bacilles fluorescens (Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénite inguinale). Adénite climatérique à bacilles fluorescens. Pigeon et Tanton, *Archives générales de Médecine*, 1er semestre 1908).

Cependant, Rost, en 1912, dans les *Archives für Schiffs und tropen hygiene*, déclare qu'à la suite de multiples recherches et après une patiente étude des premiers résultats bactériologiques précédents il est arrivé à cette conclusion que tout cela représente des artefacts de préparation ou des germes d'infections secondaires et que dans l'état actuel des choses le germe causal reste complètement à trouver.

De 1913 à 1922, s'étend une longue période, que le tragique conflit mondial transforme en une période de réalisations immédiates, laissant à plus tard la solution des problèmes doctrinaux. Toutefois, si l'on en reste aux conceptions de Rost, vérifiées et précisées par les travaux de Muller et Justi, en 1914, si pendant toute cette phase troublée le bubon climatique vit la 3e période de son histoire. *Phase d'autonomie*, il ne faut pas oublier que c'est en 1913 que paraît le premier travail de MM. Ni-

colas, Favre et Durand (Communications à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 31 janvier et 6 février 1913) et la thèse de leur élève Gaté, dont les conséquences devaient être si importantes, au point de vue étiologique.

4°) *Phase d'assimilation du bubon climatique à la lymphogranulomatose ou ulcère vénérien adénogène.* Après l'avoir déjà indiquée, dans leurs travaux précédents, MM. Favre, Nicolas et Durand précisent complètement leur intention d'assimiler la lymphogranulomatose inguinale subaiguë au bubon climatique, lors du 2e Congrès tenu à Paris, par les dermatologistes et syphiligraphes de langue Française. Cette assimilation paraît devoir être acceptée d'enthousiasme par la majorité des congressistes à l'exception de M. Milian qui formula les plus énergiques réserves quant à l'individualité même de la lymphogranulomatose.

Cependant, à partir de cette date, toute l'attention des auteurs se détourne du vieux bubon climatique pour se porter vers la jeune affection si pleine de promesses. Les travaux concernant l'ulcère vénérien adénogène se succèdent les uns aux autres et la Thèse de Phylaclos, si remarquable, apparaît en 1923, comme l'acte de foi de l'école lyonnaise. Plutôt que de citer ici les innombrables communications et articles dont cette thèse déclancha la floraison, nous préférons renvoyer le lecteur au chapitre bibliographique que nous nous sommes efforcés

d'établir le plus complet possible et nous nous contenterons d'indiquer ici, parmi cette masse de travaux, les tendances qui se dessinent en France et à l'étranger, soit dans un sens extension symptomatique de l'affection, de précision bactériologique ou épidermologique, bref, la répercussion mondiale de l'œuvre des savants lyonnais.

En Angleterre et en Amérique : En Angleterre, surtout, il ne semble pas que les travaux de MM. Nicolas, Favre et Durand, aient eu une influence prépondérante ; Hanschell, Home, Cow et Cooke continuent à décrire le bubon climatique comme une affection autonome et s'ils en admettent l'origine vénérienne, ils n'en retrouvent pas la structure anatomo-pathologique macro et microscopique, si spéciale, décrite par M. Favre. D'ailleurs leurs préoccupations s'exercent surtout dans le sens thérapeutique et nous retrouvons plus loin, leur traitement du bubon climatique par les « chocs protéiniques ».

En Amérique, les recherches sont avant tout d'ordre bactériologique (Signalons que le germe décrit par Billing et Rosenow, Bunting et Jates dans la Maladie de Hodkin et que MM. Favre et Nicolas, d'une part, Bory, d'autre part, avaient cru pouvoir assimiler au bacille diphtéroïde, trouvé plusieurs fois, dans des lymphogranulomatoses inguinales subaiguës, a été identifié par M. Reilly : il s'agit du Bactérium cutis commune de Charles Nicolle, dont l'affinité pour le système ganglionnaire est connue.

Les pays de langue latine : Espagne et surtout Ita-

lie, ont adopté très rapidement la manière de voir des savants lyonnais : les intéressants travaux de Carlo Gamnna portent essentiellement sur la structure anatomo-pathologique du bubon climatique et tendent à démontrer le caractère spécifique des corpuscules chromatiniens qui firent tant couler d'encre et que M. Bory a réduit aux justes proportions de débris cytoplasmiques. Ces auteurs se sont encore préoccupés de la question des inoculations expérimentales qui ne paraissent pas avoir été renouvellées avec autant de succès.

A rapporter toutefois les très intéressantes expériences de Dind (de Lausanne) sur les filtrats lymphogranulomateux. En Argentine, au Vénézuela, les idées des auteurs lyonnais sont généralement acceptées. Les travaux récents tendent à préciser les caractères de la contamination vénérienne (importance capitale du phimosis) et se préoccupent surtout du traitement (Destefano et Vacarreza).

En Allemagne, il était logique qu'on adoptât l'assimilation de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë avec le bubon climatiqu de MM. Justi et Muller qui ont eu le grand mérite de fournir de premier protocole anatomo-pathologique clef de voûte de cette assimilation.

En France. Quelles sont les tendances actuelles? On peut admettre que, si à l'exception de M. Milian et de ses élèves, l'individualité de la lymphogranulomatose est à peu près reconnue de tous, l'assimilation au bubon climatérique donne encore lieu à

des controverses. Beaucoup d'auteurs, parmi les spécialistes de la pathologie exotique, estiment qu'à cet égard, les idées de MM. Favre et Nicolas sont trop absolues, et qu'il s'agit là d'une question nullement tranchée.

II. — Les Incertitudes cliniques et étiologiques du bubon climatique

Personne, à notre avis, n'a mieux posé le problème du diagnostic positif du bubon climatique que l'auteur anglais Hanschell, dans un très récent article du journal *The Lancet*, 1926, p. 277. Il estime que pour qu'on ait le droit de poser le diagnostic de bubon inguinal climatique un certain nombre de conditions — que nous résumerons — sont nécessaires :

1°) Une adénite inguinale avec périadénite.

2°) L'absence de toute lésion spécifique ou banale connue de la sphère ano-génitale contemporaine, car il est bien évident qu'un ulcère chancrelleux ou un chancre syphilitique peut précéder ou même se montrer contemporain d'une adénite.

3°) La présence de fièvre, qui peut précéder ou suivre l'examen du malade.

4°) Deux notions étiologiques capitales : a) La lésion s'est développée après coït, sous les tropiques ou les régions sub-tropicales ; b) Régulièrement, chez des sujets non-circoncis.

Selon cette conception d'une maladie autonome, les caractéristiques étiologiques l'emportent sur les considérations cliniques, car, si la question est simplement posée, la symptomatologie nous paraît au moins restreinte, et l'évolution vers une suppuration de caractère un peu spécial ne paraît guère avoir frappé l'auteur. En résumé, si nous en croyons Hanschell : toute adénopathie survenant d'emblée chez un sujet non circoncis, après rapport sexuel, dans une région tropicale ou sub-tropicale (cette adénopathie siégeant à l'aine et s'accompagnant de fièvre) est un bubon climatique, véritable maladie vénérienne exotique.

Malgré sa concision, ce syndrome aurait le mérite de fixer les idées à l'égard du bubon climatique, s'il n'était battu en brèche par de nombreuses observations et communications antérieures et contemporaines. Nous nous proposons de montrer — par le rappel de nombreux travaux parus sur cette question (nous pensons les avoir à peu près tous lus) — quels éléments contradictoires, quelle variété d'interprétation les divers auteurs offrent, dans la conception des caractères cliniques, étiologiques, de cet « inconsistant » syndrome.

Etudions d'abord la symptomatologie, et en particulier la question de :

a) *L'accident primitif.* — Nous venons de voir que pour Hanschell, il n'existe pas. De même, pour le médecin de la marine Chastang (Bubon climati-

que et lymphogranulomatose, *Archives de médecine navale*, 1922), cette absence d'accident serait un caractère important de différenciation entre le bubon climatique et la lymphogranulomatose. « Le bubon climatique, dit cet auteur, est vraiment un bubon d'emblée, en apparence tout au moins, se développant sans qu'on trouve jamais nulle part de plaie ou d'érosion ».

Tout au contraire, les médecins de marine allemands, Justi et Muller d'une part, Rost d'autre part, Phylaclos dans sa thèse inspirée par M. Favre, insistent sur la présence d'une érosion primitive dont M. Bory donne une étude anatomo-pathologique complète et MM. Teissier, Gastinel et Reilly une description précise que nous résumerons : « Ulcération génitale, le plus souvent unique, soit à type de lésion herpétique, soit de type papuleux, soit à type d'érosion péri-urétrale, déterminant une induration de l'urèthre, et créant l'issue d'un peu de pus sanguinolent ».

b) *L'adénite. Son siège :*

1) Exclusivement inguinale et souvent bilatérale sous-jacente à l'arcade crurale (Gastinel et Reilly. *Bulletin médical*, 1922, p. 581).

2) Si l'on examine le malade, l'on constate que les adénopathies ne sont pas complètement limitées aux ganglions de l'aine. Elles remontent dans le bassin et très souvent l'on perçoit de grosses masses

ganglionnaires passant sous l'arcade crurale et se développant dans la fosse iliaque correspondante. Ces réactions peuvent s'étendre aux autres ganglions et sont perceptibles au niveau du cou, et surtout des épitrochlées. (Ravaut et Boulin, *Annales de Dermat.*, 1922).

3) Le bubon climatérique a une grande tendance à l'extension ; souvent se constituent sous nos yeux de grosses tumeurs dans la profondeur, le long de l'artère iliaque (Muller et Justi).

c) *Son début clinique.* Les descriptions varient :

1°) Douleurs locales qui vont en s'accroissant. En même temps, on constate une polyadénite de plus en plus marquée. Dans les cas graves, certains ganglions peuvent atteindre le volume d'une mandarine. Autour d'eux, existe une zone inflammatoire avec adhérences. Parfois, le bubon suppure et une fistule peut même s'établir. Cette évolution s'accompagne en général de fièvre. (Joyeux : article : Bubon climatique, dans : *Précis de médecine coloniale*, dernière édition).

2°) Pour P. Giacardy, de Tarbes (*Annales de dermatologie*, 1926), trois modes de début sont observables au cours de la lymphogranulomatose. *Début : à forme strumeuse :* Adénopathie inguinale, faite de ganglions durs, mobiles, nettement séparés les uns des autres, sans tendance au ramollissement, sans réaction générale appréciable, ceci pendant

quinze jours. Dans la suite, péri-adénite gâteau ganglionnaire, avec ramollissement partiel et fistules. Début : à forme *chancrelleuse*. D'abord, ganglion inguinal unique, à type nettement inflammatoire, immobile, très douloureux, fluctuant, recouvert d'une peau rouge violacée, tendue, œdémateuse. Sur la verge, une ou plusieurs ulcérations à type de chancrelle légitime, mais sans bacilles de Ducrey. On ponctionne ce bubon suivant et, contre toute attente, le pus ne s'écoule qu'en quantité très modérée. La tumeur s'affaisse mal et dans les jours qui suivent se réalise progressivement le tableau clinique complet de la lymphogranulomatose à la période d'état. 3°) *Forme à prédominance de phénomènes généraux* : « L'aspect de la courbe thermique, l'altération de l'état général, la prostration, les sueurs profuses, la céphalée, les troubles digestifs, la réaction splénique réalisaient le tableau d'une infection générale sévère. « Dans un cas observé, comme le malade arrivait d'Agadir, dit l'auteur, nous pensâmes à la peste, puis à la fièvre typhoïde, mais les examens bactériologiques et culturaux demeuraient négatifs. En même temps que l'état général s'altérait, la température prenait le type à grandes oscillations des suppurations. L'incision restait blanche et n'amenait aucune sédation des phénomènes généraux ».

3°) MM. Gastinel et Reilly ont décrit trois types de fièvre contemporaine de cette adénopathie : 1. Un

état subfébrile continu, le plus fréquent ; 2. Une température cyclique, avec maximum 39° ; 3. Un type ondulant, en rapport avec des poussées subintrantes.

d) *Son évolution.*

1° La suppuration constitue pour MM. Nicolas et Favre l'évolution normale de la lymphogranulomatose inguinale : suppuration demandant plusieurs semaines, n'intéressant que les ganglions superficiels, jamais les ganglions iliaques partielle formant des puits suppurés multiples, des fistules très petites laissant s'écouler un liquide peu irritant.

2°) Même description du médecin de la marine Chastang dans les cas de suppuration : « Le ganglion se ramollit en un ou plusieurs points et forme des foyers multiples et séparés ». Toutefois, cet auteur considère comme beaucoup plus fréquente cette forme adénomateuse évoluant et persistant des semaines et des mois sans suppurer.

3°) Pour Cassone. La tendance à la suppuration est faible : elle dépend, ainsi que l'a vu Rost, des conditions régionales ou épidémiologiques.

4°) De même, sur les 36 cas de bubon climatique observés par M. Maurice de Fontoynont, à Madagascar, la plupart n'aboutissent pas à la suppuration.

« Très souvent, au bout de plusieurs semaines et parfois de quelques mois, on voit le gonflement disparaître graduellement ».

Les quelques citations que nous venons d'apporter montrent combien, au point de vue simplement clinique, le désaccord est grand entre les auteurs, et particulièrement entre les auteurs lyonnais et les médecins de marine, à l'exclusion toutefois de Muller et Justi et de Rost, dont la lecture des rapports fut à la base de l'identification du bubon climatique et de la lymphogranulomatose inguinale.

Nous allons voir maintenant combien se réalise encore plus difficilement une unité d'opinion quant à l'étiologie du bubon climatique considéré comme maladie autonome, et tout d'abord : *Le bubon climatique est-il une maladie vénérienne ?*

a) Formellement, non, disent Chastang, et, d'autre part, Le Chuiton.

Toute origine vénérienne doit être écartée : ils citent à l'appui de leurs dires l'exemple de plusieurs sujets absolument isolés, dont l'abstinence « fut indéniable », et qui présentèrent tous un bubon climatique typique. Ces auteurs estiment que certaines conditions extérieures semblent accompagner ou favoriser son apparition. En particulier : le milieu maritime, le voisinage des lagunes et des grands fleuves. Ils pensent que l'analogie est grande entre l'étiologie du bubon climatique et certaines fièvres fluviales du Japon, caractérisées par un ulcère initial, éruption, et surtout une adénopathie dont le volume, l'aspect et la persistance rappellent tout à fait celle de l'adénite tropicale. Or, le point de départ de ces fièvres fluviales est la piqûre d'un

acare. Chastang en déduit qu'on peut à bon droit supposer que c'est également un insecte qui inoculerait un germe que nous ne connaissons pas, par une piqûre dont la trace a disparu, lorsque l'engorgement ganglionnaire a disparu. Même opinion pour Patrick-Manson.

b) Hanschell, dont nous avons relaté les importantes et récentes notes sur le bubon climatique, considère les rapports sexuels comme cause primordiale de contamination, mais reconnaît « qu'il est possible que la maladie puisse s'acquérir autrement ».

c) Pour les auteurs lyonnais, la contamination par les rapports est certaine, sauf de très rares exceptions : la lymphogranulomatose ou bubon climatique selon les idées de Justi et Muller constitue « une véritable quatrième grande maladie vénérienne méritant de prendre place définitivement dans le cadre nosologique et dans le groupe des maladies vénériennes ». (Nicolas et Favre).

Un fait très curieux : c'est que jamais le bubon climatique n'a été observé chez une femme. Plusieurs médecins ayant une longue pratique, et en particulier Douglas Grey, de Pékin, n'en possèdent pas une seule observation de cet ordre. Chastang explique cette particularité en admettant que les femmes, par leur habillement plus compliqué, leur vie plus sédentaire, sont moins exposées soit aux piqûres, soit à l'intertrigo lésion si fréquente dans les régions tropicales, et qui pourrait peut-être, dans certains cas, servir de porte d'entrée au virus.

Nicolas et Favre expliquent cette anomalie de toute autre façon : « Nous pouvons penser, disent-ils, que seules les manifestations ganglionnaires de la maladie, et non la maladie elle-même, sont surtout fréquentes chez l'homme et exceptionnelles chez la femme. La fréquence doit être égale dans les deux sexes, mais la maladie évolue chez elle, le plus souvent, sans réactions adénopathiques. D'ailleurs, ajoutent-ils, ce n'est pas le premier exemple que nous ayons, en vénéorologie de cette résistance plus grande des tissus ganglionnaires de la femme aux infections génitales. Il suffit de rappeler combien est rare, chez la femme, le bubon chancrelleux. Il faut d'ailleurs remarquer que plusieurs cas de bubons climatiques ont été décrits chez des enfants et de nombreux cas chez des femmes, malgré les affirmations de Douglas Grey, et l'on comprend mal que le tissu ganglionnaire de la femme, si résistant vis-à-vis de germes à porte d'entrée vénérienne, le soit si peu — comme nous le verrons plus loin — vis-à-vis du bacille de Yersin, si atténué soit-il, même au point de déterminer des réactions générales infiniment moindres que dans certaines lympho-granulomatoses les plus légitimes.

Il ressort de toutes ces considérations (et nous laissons volontairement de côté l'étude des résultats bactériologiques où la discordance atteint son comble) il ressort, disons-nous, que la conception d'un bubon climatique, maladie autonome, ne peut plus être envisagée. Comment conserver une entité pa-

thologique que ne soutient ni l'unité clinique, ni l'unité étiologique. Nous estimons que le bubon climatique n'a que la valeur d'un cadre où s'associent des affections de causes distinctes, en dépit de leur traduction ganglionnaire monosymptomatique : et nous nous proposons de substituer à cette ancienne conception la dissociation nosologique aboutissant au classement suivant (par ordre d'importance) :

1°) Groupe de formes atypiques d'affections spécifiques qui *doivent*, grâce aux progrès cliniques et biologiques, reprendre place dans leur cadre respectif : a) Forme atypique de l'adénite chancrelleuse. b) Adénites syphilitiques tertiaires. c) Deux affections plus rares) :

1) Formes isolées de la tuberculose inguinale. 2) Forme monoganglionnaire de la maladie de Hodgkin.

2°) Formes « liminaires » de la peste.

3°) Lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Maladie de Nicolas Favre).

4°) Groupe d'affections exotiques mal connues, d'étiologie douteuse, décrites sous le nom de bubon climatique : a) Lymphangite infectieuse de la Réunion ou érésypèle blanc de Rio. b) Adénites amibiennes de Cochinchine et quelques raretés pathologiques, que nous mentionnons pour mémoire.

III. — Formes atypiques d'affections nettement individualisées, mais dont les difficultés diagnostiques ont autorisé la confusion, et la description sous le nom de « bubon climatique ».

Au premier plan se place : *Le Bubon chancrelleux.*

Il ne s'agit évidemment pas du bubon chancrelleux contemporain d'un chancre mou typique. L'ulcération si caractéristique n'a pu permettre l'erreur. Mais de ces cas épineux où la lésion primitive se bornait à l'une de ces érosions minuscules qualifiées « chancre volant », ou bien encore où les malades examinée à une période plus tardive ne présentaient plus, l'ulcération initiale étant presque cicatrisée, qu'une adénite — inflammatoire — en voie de suppuration.

Nous savons bien que M. G. Reilly, dans un article sur la lymphogranulomatose inguinale a précisé les caractères différentiels de cette affection avec le bubon chancrelleux.

Nous les citerons avec cette conviction qu'ils ne sont pas absolument probants. Pour cet auteur, la différenciation s'appuie sur ce fait que :

1) Le bacille de Ducrey n'a jamais été retrouvé dans la lésion.

2) La lésion n'est pas inoculable.

3) Il n'existe jamais de phagédénisme.

4) Les ablations biopsiques ou chirurgicales n'amènent jamais de chancrellisation.

5) Dans le bubon chancrelleux : suppuration massive du ganglion lymphatique dans la lymphogranulomatose (alias : bubon climatique), abcès multiples et limités.

Tout d'abord, chacun sait que l'examen direct du pus prélevé est une méthode simple, mais dont les résultats sont forts inconstants : et d'ailleurs, le même auteur, dans un autre article reconnaît que : « positif, l'examen direct n'a qu'une simple valeur d'orientation, négatif, il ne légitime aucune conclusion ». D'autre part, M. Milian : « ... Il faut souvent beaucoup de patience pour arriver à mettre en évidence le bacille de Ducrey, soit par frottis, soit par auto inoculation... Les recherches négatives dans ce cas ne sont pas étonnantes, si l'on pense qu'il s'agit d'une forme atténuée et peu virulente... Il arrive tous les jours que cette double recherche soit négative dans des chancres et que l'évolution ultérieure vienne cependant démontrer la nature chancrelleuse de la plaie, par la chancrellisation de l'orifice du bubon par exemple ».

Quant à la question du phagédenisme, l'expérience montre que cette complication s'observe, en règle, par *séries* et cette sériation semblant elle-même en rapport avec la virulence du germe en cause, il est logique qu'on la rencontre peu au cours de ces formes justement atténuées et peu virulentes.

Nous en dirons de même pour la chancrellisation de l'orifice du bubon.

L'argument anatomo pathologique qui semble établir une différenciation entre bubon climatique et bubon chancrelleux basée sur le mode de suppuration semble plus important. Et, pourtant, M. Yves Bourdes, chirurgien des hôpitaux de Marseille, relate, à cet égard, des faits bien troublants : Opposant ses propres observations à la description classique de Brodier pour lequel : « l'affection se localise d'une façon constante aux ganglions superficiels, presque toujours elle affecte un seul ganglion (monoadénite chancrelleuse de Ricord)..... », il conclue ainsi : « Cette description répond à la majorité des cas, mais pas à tous, voici en effet ce que nous avons vu : Un sujet porteur d'un chancre présente une adénopathie pluri-glandulaire, du pli de l'aine, qui ressemble à n'importe quelle adénite subaiguë ; la masse, formée de ganglions assez bien isolés, n'est pas très sensible, puis, un jour, la peau rougie, les ganglions se conglomèrent plus ou moins, du pus se forme... On incise, ou plutôt, on ponctionne, on presse, on évacue, on injecte quelques antiseptiques. Cependant, le chancre guérit, mais l'adénite persiste, volumineuse, fistulisée. Souvent un ganglion suppure, puis un autre, le tout ressemblant à s'y méprendre à une adénite tuberculeuse... » D'autre part, M. le professeur Gougerot a décrit en 1915, dans les *Annales des Maladies Vénériennes*, ces bu-

bons chroniques, avec leur forme, soit fistulisée froide, soit éléphantiasique, soit phagédénique.

Toutes ces considérations expliquent, étant donné la fréquence de ces formes atypiques de la chancrelle et de son bubon, étant donné les difficultés d'un contrôle bactériologique et anatomo-pathologique, que l'on ait pu parfois décrire sous le nom de bubon climatique, des chancres mous légitimes accompagnés de leur adénopathie sattellite. A ces arguments, s'ajoute, pour M. Milian, une notion statistique : cet auteur considère, en effet, comme vraiment instructif que le bubon climatique (ou plus exactement pour M. Milian, la lymphogranulomatose inguinale) ait suivi, après guerre la même progression numérique que le chancre mou et ses complications.

Il est à remarquer, toutefois, que cette recrudescence s'applique à de nombreuses affections, particulièrement les affections vénériennes en général et que d'autre part le mélange des races, au cours du conflit mondial, les intercontaminations, expliquerait plutôt la possibilité d'un apport exotique et pourrait aussi bien fournir un argument aux partisans du bubon climatique, maladie tropicale ou subtropicale.

Les adénopathies tertiaires

Pour les classiques, l'adénopathie inguinale demeure une manifestation rare du tertiarisme, sa bilatéralité presque de règle, sa tendance nulle à la

suppuration la caractérisent. Contre ces données classiques, nombre de cliniciens modernes tendent à réagir et à ébranler surtout le dogme de la non suppuration.

Tout d'abord, M. Milian, dans le *Bulletin de la Société Française de dermatologie et de syphiligraphie*, p. 446, 1925, relate ce cas très suggestif d'un malade atteint d'un gros bubon inguinal suppuré en son centre et dont la ponction retira, à plusieurs reprises, des quantités notables de pus. Mis au repos, aux pansements et aux ponctions ce malade ne montrait aucune tendance à guérir, après trois mois. Ayant eu la syphilis, quatre ans auparavant, ce malade qui s'était soigné seulement trois mois au moment du chancre fut mis au traitement par des intraveineuses de 914. En un clin d'œil, les phénomènes de guérison apparurent et en moins d'un mois, les volumineuses masses étaient résorbées. Et l'auteur ajoute : « Il est probable que les adénopathies syphilitiques tertiaires suppurées sont plus fréquentes qu'on ne le croit, beaucoup sont cataloguées : lymphogranulomatose inguinale. » Il en est probablement ainsi chez les malades du Docteur Ravaut (*Mémoire des Annales de Dermatologie*, août-septembre 1924, p. 463) où sur 23 malades, 7 ont eu un Bordet-Wassermann positif, et parmi eux, l'un est en pleine roséole et où encore beaucoup de ces adénopathies guérissent par l'iodure de potassium ou le lugol, médicaments qui, il ne faut pas l'oublier, sont très actifs, dans la syphilis tertiaire.

Même opinion de M. le professeur Jeanselme, qui s'appuyant sur une observation typique rappelle (*Pratique Médicale Française*, juillet 1925), que si même la notion clinique d'une ulcération ganglionnaire torpide et chronique suggère l'hypothèse d'une adénite tuberculeuse il ne faut pas s'en tenir à cette impression, mais penser à la syphilis et la rechercher, la forme ganglionnaire de la syphilis tertiaire ou héréditaire, l'adénite gommeuse, sont trop peu connus, même des syphiligraphes.

Enfin, voici comment s'exprime à cet égard le Docteur Lop, chirurgien des hôpitaux de Marseille, dont les interventions portent sur un millier au moins de bubons climatiques : « Dans la population hospitalière de ma clinique, je vois surtout des marins français et étrangers, Brésiliens, Japonais, Chinois, avant la guerre pas mal d'Allemands venant des Indes Néerlandaises. C'est, en particulier chez ces derniers que je suis le plus souvent intervenu et le plus particulièrement pour des adénites syphilitiques tertiaires, dont quelques-unes ne dataient pas moins de quatre, six, huit ou dix mois... Ce que je puis affirmer, c'est que sur un millier d'adénites de toutes sortes observées dans mon service, celles, nettement syphilitiques par l'allure clinique, par l'étiologie et la réaction de Bordet-Wassermann positives — celles-ci, dis-je, sont beaucoup plus fréquemment suppurées qu'on ne le suppose... C'était d'ailleurs, l'opinion de mon regretté ami et distingué

confrère, le professeur Perrin, le dermatologiste-syphiligraphe bien connu.

En pareille occurrence, s'en tenir au traitement purement causal, c'est sûrement s'exposer à un échec. Je n'ai jamais vu d'adénite syphilitique tertiaire enflammée disparaître sous l'influence seule du repos et du traitement local et général, soit-il intensif : 914, mercure... On a jadis prétendu à tort que les adénites syphilitiques ne suppuraient jamais, qu'elles étaient bilatérales et que ces caractères à suffisaient à faire admettre tout autre cause que la syphilis... »

Ainsi qu'il l'a fortement indiqué plus haut, l'auteur estime que ces données classiques sont sujettes à revision. Remarquons, d'autre part, que le Docteur Lop ne partage pas les idées de M. Milian, quant à la puissance thérapeutique des traitements spécifiques les plus intensifs, à l'égard de ces manifestations tertiaires. L'intérêt de la communication du docteur Lop se double, à notre point de vue du fait que ses observations portent essentiellement sur des matelots et que, il est fort probable, que sans le contrôle du laboratoire corroborant des données cliniques neuves, ces adénites syphilitiques tertiaires eussent encore une fois été grossir et fortifier la large et vague conception du vieux bubon climatique.

Forme inguinale de la Tuberculose ganglionnaire

Nous insisterons peu sur ce diagnostic qui a surtout un intérêt historique. Il s'agit en effet d'une

forme rare de tuberculose, froide et lente, l'examen somatique complet du malade, l'inoculation du pus tuberculeux au cobaye, après la négativité de toutes les recherches biologiques, permettront toujours un diagnostic exact.

Forme ologanglionnaire de la maladie de Hodgkin

La maladie de Hodgkin, le granulome malin, disent MM. Teissier, Gastinet et Reilly ne peut prêter à confusion que quand elle évolue dans sa forme ologanglionnaire, mais ces caractères cliniques (absence de toute suppuration, prurit, fréquence de la fièvre à type intermittent, existence de métastases) suffisent à faire porter le diagnostic.

Malgré l'évidence de cette affirmation et les caractères anatomo-pathologiques décisifs (cellules de Stenberg), nous pensons que l'erreur a pu être commise.

A la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, du 12 juillet 1923. MM. Louste et Thibault présentaient le cas suivant, dans lequel ils voyaient une lympho-granulomatose inguinale : « Femme de 32 ans. Tumeur inguinale gauche suppurée et bourgeonnante. Cette masse ligneuse fait corps avec les plans profonds. Splénomégalie nette. Anémie globulaire, pas d'éosinophilie. Les médecins pensent à une maladie de « Nicolas » et, dans la même séance, M. Ravaut rappelle qu'il a signalé l'exis-

tence de complications générales au cours de la lymphogranulomatose. Au point de vue thérapeutique, l'auteur estime que l'intervention chirurgicale n'est pas à conseiller. Enfin, M. Lortat-Jacob considère que la lymphogranulomatose abandonnée à elle-même peut s'accompagner de lésions générales (foie, rate, reins), ainsi qu'il a pu le constater à l'autopsie d'un malade mort subitement ». Il est nécessaire d'admettre dans ces conditions, que la lympho granulomatose devient une véritable affection générale qui, en dehors du constat anatomo-pathologique, la rapproche fortement de la maladie de Hodgkin, et qu'alors le diagnostic clinique se présente comme à peu près impossible. La communication de MM. Chevallier et Barreau, sur des cas de lymphogranulomatose simulant la maladie de Hodgkin, prouvent à la fois l'intérêt et la difficulté de la question. Il est trop évident, en effet, que dans ces cas, l'exérèse chirurgicale ne peut que donner des résultats désastreux, alors, que la radiothérapie est formellement indiquée.

IV. — Les formes « liminaires » de la peste

« Il y a un point sur lequel je veux attirer toute l'attention des chirurgiens et des médecins », dit M. le docteur Lop, chirurgien des hôpitaux de Marseille, dans un fort intéressant article de la *Gazette des hôpitaux* du 11 août 1925. « C'est un traquenard dont on ne se méfie encore pas assez. Je veux parler des « adénopathies inguinales de la peste ». Il n'est point déplacé d'en parler dans une communication chirurgicale. Cette terrible infection qu'est la peste a fait depuis quelques années réapparition non seulement dans les ports de mer, mais encore dans les villes du centre de l'Europe, et on ne saurait trop s'en méfier ». Et le docteur Lop de citer trois observations que nous nous permettons de reproduire, tellement grande nous paraît leur importance.

« Il y a cinq ans, à la clinique, deux Japonais admis en mon absence pour adénite par le médecin de garde qui n'avait pas eu l'esprit attiré sur la possibilité d'adénite pesteuse. Moi-même, le matin, en arrivant dans le service, si je n'avais pas été frappé par deux autres malades de nationalité identique que le médecin Japonais m'avait adressés, l'un avec le diagnostic de pleurésie purulente et l'autre d'ictère, et par l'aspect général de ces deux hommes je me serai fourvoyé pour les deux autres, tellement ces adénites unilatérales et sans grande réaction générale ressemblaient à une adénite ordinaire —

d'autant que l'on retrouvait chez l'un deux les stigmates d'un chancre remontant à quelques semaines. Frappé par l'aspect des deux premiers malades et par le caractère d'une expectoration inusitée au cours d'une pleurésie purulente — qui n'était d'ailleurs qu'une pneumonie pesteuse — mon attention fut aussitôt éveillée. Ces quatre hommes furent immédiatement isolés. Je ponctionnais l'adénite de l'un deux, recueillis des crachats et les envoyais immédiatement au laboratoire, où l'on constata la présence du bacille de Yersin ».

Et cette autre, du docteur J. Arnaud, directeur du Service de l'Hygiène, à Marseille :

« En 1920, entre à l'hôpital, atteinte d'adénite suppurées de cause inconnue, une femme. Elle est admise en chirurgie et opérée. La guérison se faisant attendre, on procède à un examen bactériologique qui décèle la présence du bacille de la peste ; la malade est aussitôt isolée. C'est miracle que personne n'ait été infecté ».

« Dès lors, ajoute le docteur Lop, je ne touche pas une adénite suppurée, en particulier chez les marins, sans faire la recherche du bacille de Yersin, complétée par celles qui ne présentent même aucune trace apparente, récente ou ancienne, de chancre, par un Bordet-Wassermann ».

Cette mesure doit s'appliquer à tout porteur d'adénite suspecte, qu'il arrive du proche ou du lointain Orient, les contrôles administratifs n'étant pas, comme le prouve cette dernière observation du docteur Lop, exercés dans tous les cas avec la rigueur souhaitable.

« Le 3 février dernier, le médecin d'un grand paquebot français adresse à la clinique un marin de son bord atteint d'adénite inguinale double. J'examine celle-ci et constate effectivement l'existence de deux adénites suppurées non ouvertes et en même temps une pneumonie droite. J'isole cet homme et préviens aussitôt le laboratoire. Ce n'était pas de la peste, fort heureusement. Mon émotion ne surprendra personne : à quoi penser chez un marin arrivant d'Extrême-Orient, avec une double adénite et une pneumonie. Cette dernière étant passée inaperçue du médecin du bord, et du médecin de la santé du port, les deux adénites n'ayant été l'objet d'aucun contrôle bactériologique, malgré que leur existence remontât à quinze jours et que le navire eut fait escale à Suez et à Port-Saïd où le temps et les moyens de contrôle permettaient celui-ci ».

Et l'auteur de conclure : « On m'excusera donc si j'insiste un peu longuement sur l'importance qu'il y a à procéder, avant que d'opérer, à un examen bactériologique, toute adénite inguinale n'évoluant pas parallèlement à des lésions génitales, anales ou périphériques, en pleine efflorescence, ou ayant laissé des stigmates indiscutables ».

Nous avons tenu à citer largement le docteur Lop, car, comme nous l'avons déjà indiqué, il s'agit d'un opérateur de grande valeur, qui intervient systématiquement à l'égard du « syndrome bubon climatique », et pour lequel la différenciation pré-opératoire est capitale.

Il est bien évident que les cas cités, représentant des formes de peste bubonique « ambulans ou minor »,

le diagnostic était facile, pourvu qu'on y pensât, le contrôle bactériologique s'opérant facilement. Il est bien évident aussi que nombre de ces formes légitimes de peste bubonique « minima » ont été décrites sous le nom de bubon climatique. Il s'agit là de grosses erreurs cliniques que la diffusion des méthodes de laboratoire doit éviter. On ne risque guère de passer à côté d'une peste bubonique de gravité moyenne, l'on a beaucoup de chance si l'on n'est pénétré de la fréquence et de l'évolution à bas bruit de ces formes de « pestis minor » que schématise l'observation classique de Simond, in Traité de Pathologie Exotique de Grall-Clarac, 1913, p. 468. Nous la reproduisons :

« Une jeune fille indoue, âgée de 13 ans, a éprouvé le matin en se levant de la gêne et de la douleur au pli de l'aine. Cependant, elle ne s'est pas recouchée et a vaqué dans la maison à ses occupations ordinaires. Examinée dans la soirée, elle présente un bubon assez profondément situé et dont on ne peut exactement apprécier les dimensions, en raison du développement du tissu graisseux, chez la fillette. Ce bubon est sensible à la pression, mais moins douloureux spontanément. La température axillaire est de 37°5. L'enfant n'accuse ni mal de tête, ni trouble d'aucune sorte. Toutefois, elle déclare avoir éprouvé de la lassitude et un peu de céphalalgie la veille en se couchant. Une piqûre faite au centre du bubon avec une longue aiguille ramène une goutte de sérosité qui ensemencée a donné une culture pure de peste, au bout de 24 heures.

« Le 2e jour, l'état général est le même que la veille,

c'est-à-dire qu'on ne constate aucun trouble, en dehors du bubon. La température normale, le matin, monte le soir à 38°. La fillette est restée debout, pendant toute la journée. La douleur du bubon à la pression n'existe plus au troisième jour. Température normale, le bubon a mis trois semaines à se résorber. A aucun moment, la malade ne s'est alitée. Fait intéressant : dans la même maison, une sœur de cette malade, âgée de onze ans, a manifesté deux jours après celle-ci un bubon inguinal. La maladie a évolué de façon identique. C'est-à-dire qu'en dehors du bubon et d'une élévation très médiocre de la température, qui ont déterminé le médecin à exiger l'alitement pendant deux jours, la petite malade n'a pas éprouvé de troubles notables ».

Mais là encore, en dépit du caractère clinique banal de l'adénite, l'examen bactériologique est probant. En est-il toujours ainsi ? Nous touchons là à un problème capital dans l'étiologie du bubon climatique. Pour notre maître, M. le professeur agrégé Tanon, dont nous rappellerons les communications à la Société Médicale des Hôpitaux (février 1921) et le très remarquable et très complet article de la *Revue de Médecine et d'hygiène tropicale* (mai 1923), s'il est vrai que dans d'assez nombreux cas d'adénite bénignes, considérées comme des bubons à évolution chronique, de cause indéterminée, ou comme des adéno-lymphites inguinales, on peut mettre en évidence le bacille pesteux dans la sérosité recueillie par ponction, lorsqu'on opère en prenant les quelques précautions que nous indiquerons plus loin, « un bubon peut très bien être dû à

la peste et ne donner aucune indication microscopique ou expérimentale, *s'il est examiné trop tardivement* », et M. le professeur Tanon illustre cette affirmation d'un exemple historique : « Quand Desgenettes s'inocula un pus de bubon pesteux pour rassurer l'armée d'Egypte et la convaincre que la peste n'était pas contagieuse, comme le croyaient les soldats, il s'inocula un pus de bubon ancien qui ne contenait plus de bacilles. Il n'en a pas moins de mérite, parce qu'il ignorait ce fait ; mais personne ne songera à nier qu'il ne s'était servi de pus pesteux ».

— L'assimilation du bubon pesteux au bubon climatique repose sur toute une série de considérations du plus haut intérêt, dont nous nous permettons d'emprunter une partie aux communications si documentées de M. le professeur agrégé Tanon. Tout d'abord, au point de vue de la géographie médicale, des rapprochements ne peuvent manquer d'être faits ; en effet, comparons la distribution du bubon climatique ci-dessous indiquée avec la distribution géographique de la peste de 1894 à 1911, représentée sur le planisphère de la page 458 du *Traité de pathologie exotique de Grall et Clarac* (1913). On ne manquera pas d'être frappé de la superposition locale des deux affections : Le bubon climatique se trouve toujours signalé là où règne le bubon pesteux : Côte de Zanzibar (Ruge), Madagascar (Le Dantec. de Pontevynant. 1908), Uganda (Castellani), Côte Occidentale d'Afrique et Nigeria (Low), Le Caire (Ruf-

fer), Mysore (Hewlet), Ceylna (Castellani), Calcutta, Bengale (Simbson et Skinnes), Tonkin (Le Dantec), Schangaï (Blanc, 1896), Hong-Kong (Cabb. Muller), Japon (Scheube), Chili, Pérou (Luzatti), Honduras (Barlow), Micronesie, Iles Carolines (Rife), Indes Néerlandaises (Lop, 1907), Algérie (Brault, Pigeon et Tanton). Dès 1905, dans les Annales de l'Institut Pasteur, Thiroux se montre affirmatif : « Dans le numéro du 17 septembre 1904, écrit cet auteur, J. Cantlie signale la coïncidence fréquente de l'apparition de bubons dits climatiques et des épidémies de peste, coïncidence constatée sur la Volga en 1877-78, en Chine (1894), à Hong-Kong (1893-1894). Il rappelle ce fait que Koch, en 1896, d'après les préparations qu'il avait reçues d'une région de l'Est africain allemand, située au sud du lac Victoria-Nyanga, conclut que la peste sévissait dans cette région. D'autre part, les bubons climatiques sont signalés de tous côtés dans les régions voisines. Sur la côte orientale d'Afrique, depuis Zanzibar, au nord, dans l'Uganda, et même dans le nord de la Nigerie, où ils seraient d'importation récente. J. Cantlie conclut de la façon suivante : « Je suis plus que jamais convaincu que la maladie appelée : Bubon climatique, est une infection spécifique qui se rattache à la peste, et qu'elle représente la véritable « pestis minor » de nos traités ».

Tout récemment, MM. Léger et Baury ont montré que le bacille pesteux pouvait ne déterminer aucune maladie apparente et les recherches qu'ils ont ef-

fectuées à Dakar sur des indigènes porteurs de ganglions indolores, sans réaction générale, leur ont permis de déceler le bacille de Yersin dans le suc de ces ganglions. « Ils en ont conclu que ces malades représentaient des porteurs sains, capables de disséminer la peste à la faveur d'une lésion chronique. Si l'adénite était apparue, on aurait aussi bien pu l'appeler « bubon climatique ».

Il s'agit dans tous ces cas de formes infiniment atténuées, « à bacille peu virulent, et inoculé probablement en très petite quantité, ne produisant par conséquent qu'une réaction ganglionnaire et ne franchissant pas cette barrière lymphatique ». (Tanon).

Ce serait un type d'« infection liminaire », selon l'expression de M. le professeur Nattan-Larrier, qui désigne ainsi « des infections locales au cours desquelles un agent atténué, pénétrant en quantité très limitée, ne détermine qu'une réaction à l'entrée sans retentissement général ». Que devons-nous conclure de ces divers éléments ?

a) Qu'il existe de très nombreux cas de peste bubonique à forme extrêmement atténuée, à réactions générales minimes. C'est la *pestis ambulans, minor,* des traités — comme depuis longtemps — et dont l'individualisation est relativement facile grâce à des techniques bactériologiques assez simples.

b) Qu'à côté de ces formes « minor » existent des formes plus éteintes encore, « formes liminaires » de Nattan-Larrier, qui se rencontrent généralement

au début ou bien à la fin des épidémies de peste, mais aussi dans leur intervalle, dont le diagnostic bactérologique réclame des précautions techniques spéciales, ou même se montre complètement impossible en dehors de la notion d'épidémicité.

Quels sont les éléments qui militent en faveur de l'identification de beaucoup de ces formes liminaires de la peste ? Nous avons vu plus haut la superposition géographique. Il nous paraît très important, d'autre part, de noter que certains auteurs décrivant le bubon climatique comme une maladie autonome lui reconnaissent toutefois un caractère d'épidémicité certain. « Une particularité de ces adénites, dit M. de Fontoynont, dans une note sur les bubons climatiques à Madagascar (*Semaine Médicale*, 22 mai 1907), quand on les observe dans leurs pays d'origine, est de revêtir à certains moments un caractère d'épidémicité frappant par exemple plusieurs bateaux se rencontrant au même moment chez de nombreux habitants d'une même ville ou d'un même village ». Ross (Archives für Schiffs und tropen hygiènes, 1912) reconnaît — comme Manson — que souvent l'épidémie est localisée dans un endroit : un hôpital, une prison, un secteur, un grand nombre de navires stationnés dans le même endroit. S'il est vrai, comme l'indique M. le professeur agrégé Tanon, que beaucoup de médecins ne savent pas diagnostiquer le bubon climatique et que les porteurs de ces adénites ne s'en préoccupent pas, s'il est exact, comme l'admet Si-

mond, que le bubon climatique ne se différencie du bubon pesteux ambulans que par l'examen bactériologique, comment ne pas admettre, particulièrement dans les régions où la peste est endémique, l'identification des deux maladies ? Qu'on nous permette la remarque suivante : Dans une note que nous citions plus haut, parue en 1907, M. de Fontoynont, à propos de recherches sur le bubon climatique, écrit : « Il est à noter que dans des pays comme la Réunion et Madagascar, où la peste est endémique, ces bubons ont été souvent attribués à tort à cette affection. Or, ni dans le liquide retiré par ponction, ni dans le pus lorsqu'il était collecté, le bacille de Yersin n'a jamais pu être décelé, les cultures sont toujours restées stériles, et les inoculations faites aux animaux n'ont donné aucun résultat ». Le même auteur, dans une discussion à la Société de Médecine et d'Hygiène tropicale (mai 1923) dit qu'il a souvent retrouvé le bacille pesteux dans les bubons climatiques, et croit avec Thiroux qui si l'examen bactériologique était fait systématiquement, dans les conditions et selon la technique préconisée par M. le professeur Tanon (technique que nous décrirons ultérieurement), on trouverait souvent le bacille de Yersin. Dans le bubon âgé, le pus ne contient plus de bacille pesteux. Il a vu également des épidémies de bubons climatiques précéder, à Madagascar, des épidémies de peste ». Un changement aussi radical d'opinion, chez un savant de la valeur du directeur de l'Ecole de Médecine de Tananarive, prend

une signification particulière, elle témoigne de l'intérêt des perfectionnements techniques et justifie la phrase de M. Milian, dont nous n'admettons pas d'ailleurs l'absolutisme quant à la maladie de Nicolas Favre : « Ce n'est pas un germe nouveau qu'il faut décrire, mais perfectionner les techniques de recherches et de culture... »

La petite épidémie de peste survenue en 1920 a permis à M. Tanon de se convaincre des faits énoncés plus haut. D'une part, que les formes atténuées de peste, correspondant aux descriptions du bubon climatique dit des pays chauds, sont survenues, comme il est de règle, en fin d'épidémie, d'autre part, sur les 66 cas d'adénites inguinales suspectes qui furent admis à l'hôpital Claude Bernard à fins de traitement et d'identification, 23 ne présentaient ni l'aspect clinique ni les réactions de laboratoire permettant de les rattacher à la peste, 43 répondaient cliniquement et bactériologiquement à cette maladie. Il s'agissait, dans tous les cas, de peste bubonique. Parmi ces cas, deux nous paraissent particulièrement intéressants : Un cas avait été considéré comme adénite chronique de cause indéterminée et opéré avec succès : Il s'agissait d'un bubon de l'aisselle pourtant, dans le même local, deux autres personnes eurent huit et quinze jours après une peste bubonique (Tanon). Un autre, par son aspect clinique, son évolution bénigne, avait été considéré comme un lymphogranulome. Rio, dans sa thèse, inspirée par M. le professeur agrégé Tanon

(Formes ambulatoires de la peste, thèse Paris, 1921), a cité une grande partie des observations relatives à cette épidémie.

Qu'on nous permette cette constatation personnelle, avant de terminer ce chapitre.

Durant ces derniers mois nous avons cherché en vain, dans les services parisiens, des cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë, et, il semble qu'ils soient, à l'heure actuelle, devenus très rares à Paris. Y a-t-il là un rapprochement à faire avec l'absence totale de cas de peste, dans les services spécialisés ?

Les recherches futures seules le diront.

V. — Le problème de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Maladie de Nicolas-Favre et Durand)

L'identification de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë au bubon climatique précisée par Phylaclos, dans sa thèse inspirée par M. Favre, marque une date capitale dans l'histoire de l'adénite tropicale. Entre l'enthousiasme de beaucoup pour l'intégralité de cette assimilation et les réserves énergiques de ceux qui comme M. Milian dénie toute autonomie à la maladie de Nicolas et Favre et la considère seulement « comme un syndrome où viennent aboutir toutes les adénopathies inguinales dont le diagnostic n'est pas flagrant », nous pensons qu'il y a place à une opinion intermédiaire, qui découle des conclusions que nous avons antérieurement et, si nous écrivons en tête de ce chapitre : le problème de la lymphogranulose inguinale subaiguë, c'est que nous demeurons persuadés, que la question à résoudre est une question moins de spécificité que de mise au point. Nous citerons tout d'abord quelques lignes des conclusions de M. Favre au Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue Française, de 1922, touchant les rapports de la lymphogranulomatose et du bubon climatique : « L'affection que nous avons décrite en 1912, avec M. Durand, comme une maladie spéciale autonome, sous le nom de lymphogranulomatose inguinale à foyers puru-

lents multiples intra-ganglionnaires constatée et étudiée depuis par des auteurs déjà nombreux, tout particulièrement par MM. Bory, Ravaut, et le bubon climatique *compris selon les idées de MM. Muller et Justi*, en 1914, ne constituent qu'une seule maladie s'observant dans les climats tempérés comme sous les tropiques, quoique peut-être avec une fréquence moins grande », et plus loin : « En 1914, un an après nous, Muller et Justi, ont fait une étude très complète et remarquable du bubon climatique. En lisant leur travail nous avons été frappés de voir que tous les caractères décrits par nous, pour la lymphogranulomatose inguinale se retrouvaient sous la plume de Muller et Justi, dans leurs descriptions des adénites climatiques : même localisation inguinale et iliaque interne : même allure torpide prolongée, mêmes foyers de ramollissements parcellaires avec fistules interminables, même absence constante de chancrellisation et de phagédénisme, superposition exacte des protocoles anatomo-pathologiques macroscopiques et microscopiques. En somme, description entièrement superposée à la nôtre... ».

Tout ceci est parfaitement juste, mais cette petite phrase : « *Le bubon climatique compris selon lse idées de Muller et Justi* », nous paraît nettement constituer la clef du problème. N'est-on pas en droit de se demander, si le « bubon climatique *compris selon les idées de MM. Muller et Justi* est bien tout le bubon climatique vieux syndrome, dont nous demandons le démembrement, sinon la suppression,

mais qui tel qu'il est à l'heure actuelle représente quelque chose de plus que la lymphogranulose inguinale subaiguë des auteurs lyonnais, pour les médecins coloniaux et maritimes? Ne peut-on penser que parmi les cas décrits par Muller et Justi d'abord par Rost ensuite, existaient des lympho-granulomatoses inguinales très légétimes et que ce sont justement ces cas-là, qui fournirent des protocoles anatomo-pathologiques macro et microscopiques évidemment superposables aux lymphogranulomatoses lyonnaises. Il faut bien penser, en effet, que le diagnostic différentiel des adénites composant le syndrome bubon climatique ne repose, du point de vue clinique, que sur des nuances symptomatologiques et surtout évolutives, et qu'à l'heure actuelle, l'autonomie de la maladie de Nicolas et Favre se base avant tout sur des conditions étiologiques de discrimination souvent délicate, et comportant des exceptions, sur la négativité absolue des recherches bactériologiques les plus poussées sur un substratum anatomo-pathologique peu discuté, et qui constitue encore son appui le plus solide, encore que dans un très récent article du journal « The Lancet » Hanschell (1926, p. 277), déclare que « dans les sections pratiquées dans les glandes il n'a jamais trouvé ni organisme quelconque, ni différence histologique, pouvant permettre une distinction avec la structure créée par les phénomènes inflammatoires banaux résultant de chancres mous, gale ou autre ». Dans ces conditions, nous considérons que la Maladie de Favre et Nicolas,

risque beaucoup son autonomie à incorporer des adénites d'attente et en particulier le bubon pesteux, qui, à mesure que se perfectionne les techniques de laboratoire, s'avère comme devant représenter la grosse majorité des bubons climatiques selon la conception coloniale et non selon les idées de MM. Muller et Justi. Dans le chapitre suivant nous dirons ce qu'à notre avis, constitue l'individualité de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë, pour le moment, nous voulons seulement insister sur ce qu'ont de suspects les aspects septicémiques de la maladie. Nous citions plus haut cette description de Giacardy (de Tarbes), concernant un malade dont « l'aspect de la courbe thermique, l'altération de l'état général, la prostration, les sueurs profuses, la céphalée, les troubles digestifs, la réaction splénique, réalisaient le tableau d'une infection générale sévère et, dit l'auteur, comme le malade arrivait d'Agadir, nous pensâmes à la peste, puis à la fièvre typhoïde, mais les examens bactériologiques et culturaux demeurèrent négatifs. En même temps que l'état général s'altérait, la température prenait le type à grandes oscillations des suppurations. L'incision restait blanche et n'amenait aucune sédation des phénomènes généraux. » Elle est absolument superposable à beaucoup des observations relatées durant la petite épidémie de Paris, et où, selon la remarque de MM. Tessier, Gastinel, Reilly, jamais l'incision des bubons n'a amené la terminaison des phénomènes de septicémie pesteuse.

Il nous reste à signaler l'argumentation de Phylaclos, quant aux caractères différentiels de la lymphogranulomatose inguinale et du bubon climatique. « Après avoir été en faveur, dit cet auteur, cette interprétation (bubon climatique, peste bubonique minor) n'a plus aucun partisan. Les formes buboniques de la peste doivent être distinguées soigneusement du bubon climatique qui en est indépendant, la clinique, l'épidémiologie, la bactériologie, l'anatomie pathologique, fournissent un ensemble cohérent d'arguments pour séparer complètement le bubon climatique de la peste ». L'on reconnaîtra que tout cela est assez vague, auprès des documents précis, fournis depuis Cantlie et Luzatti que Phylaclos semble devoir seuls citer, par MM. Léger et Beauvy, Thiroux, Tanon.

En conclusion, et sans que cela ne diminue en rien, les admirables travaux de MM. Nicolas et Favre, dont l'importance est immense tant au point de vue de la pathologie générale, qu'indirectement, il est vrai, au point de vue de la pathologie exotique, il ne semble pas que puisse se légitimer l'assimilation du bubon climatique à la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Ainsi que l'exprime si justement notre maître M. le professeur agrégé Tanon : « L'adéno lymphite constitue peut-être bien une maladie autonome ; elle est peut-être en cause dans la pathogénie du bubon climatique, mais il n'est pas prouvé qu'elle réponde à tout ce qu'on a décrit sous ce nom. »

VI. — De quelques affections exotiques mal connues qui ont été occasionnellement décrites sous le nom de Bubon climatique

1°) *La lymphangite infectieuse de la Réunion.*

D'après Thiroux (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1905), « il existe, en effet, dans de nombreuses régions de l'Inde, de la Chine, de l'Afrique équatoriale, des Antilles, des adénites latentes localisées, à la racine de la cuisse, sans aucune pyrexie, sans douleur trop violente pendant la marche et surtout sans atteinte de l'état général. » Il est bien évident que cette description de Thiroux répond à des formes très bénignes de lymphagite infectieuse, cette dernière étant, dans sa forme évolutive complète, une affection extrêmement grave. Il est d'ailleurs remarquable de constater combien varient les descriptions. MM. Thiroux et Roux assimilent ces formes bénignes de la lymphangite infectieuse, aux formes buboniques atténuées de la peste. Simond émet une opinion diamétralement opposée, car aucune culture faite, soit avec le sang, soit avec la sérosité du bubon n'aurait poussé, de même les souris n'auraient présenté aucune indisposition. F. H. Clayton a étudié le taux leucocytaire, dans les deux maladies. Dans la Peste, il trouve une leucocytose normale avec diminution des éosinophiles ce qui va à l'encontre des recherches récentes qui signalent une éosinophilie un peu plus élevée et d'après Clayton, le con-

traire se produirait dans le cas où le bubon climatique ou l'éosinophilie serait très élevée. Signalons un récent rapport d'Arlo, analysé et commenté par Abbatucci (*Presse Médicale*, n° 38, p. 780), dans lequel l'origine pesteuse de la lymphangite infectieuse de la Réunion est de nouveau admise. Une particularité est indiquée quant à l'inoculation pesteuse, par cet auteur qui aurait vu des malades couchant nus sur la terre, présenter une porte d'entrée cutanée, chancre d'inoculation, causé par la pénétration du bacille pesteux resté sur le sol, à la faveur d'une écorchure. La discussion reste donc tout à fait ouverte sur ce sujet. Nous en dirons autant de :

2°) *L'Erisypèle blanc de Rio-de-Janeiro*, que la majorité des médecins brésiliens assimilent à la lymphangite épidémique.

3°) *Les adénites amibiennes.*

L. R. Montel, dans les *Bulletins de la Société de Pathologie Exotique* des 9 Janvier et 8 Octobre 1924, publient dix observations d'adénopathies iliaques primitives, en Cochinchine, guéries par le chlorydrate d'émetine. De ces cas il résulte que :

a) Il s'agit d'Annamites présentant des antécédents diarrhéiques et dysentériques.

b) Que ces adénopathies iliaques, généralement volumineuses (du volume d'une mandarine et plus) sont douloureuses, s'accompagnant de fièvre (les signes généraux en sont toujours accentués).

c) Qu'elles sont franchement iliaques, ne se terminant pas par des phénomènes de fistulisation.

d) Qu'elles revêtent à première vue l'aspect d'abcès appendiculaire, avec péritonite péri-appendiculaire et péri-cœcale enkystée, mais la marche elle-même de la maladie, sa durée, son innocuité, l'absence de forte température, ne permettent pas de s'arrêter à cette impression.

Les auteurs s'appuyant sur des données anatomiques, écrivent : « Des travaux récents ont admis l'existence d'adénites ou plus exactement de paradénolymphytes (Ravaut) inguinales dues à l'amibe et curables par l'émétine. Pourquoi ne pas admettre que l'amibe dysentérique puisse atteindre primitivement, sans adénite inguinale les volumineux paquets ganglionnaires de la fosse iliaque » et ils concluent : « Ces tuméfactions sont dures, selon toute vraisemblance à des adénopathies iliaques et juxta-iliaques consécutives à des typhilo-colites ou des recto-colites d'origine amibienne. »

Nous n'avons pas, ici, à discuter cette interprétation, mais il nous paraît très légitime d'admettre des adénopathies inguinales et juxta-iliaques, d'origine amibienne, après l'article récent de Trabaud, sur « les formes anormales de l'amibiase », paru dans la *Revue de Médecine et d'Hygiène tropicale* de 1926. Il est certain, comme le dit M. le professeur Tanon, que sans voir toute la pathologie avec l'idée préconçue de l'amibiase, il est bon de retenir que cette maladie peut en simuler beaucoup d'autres.

Comment ne pas rapprocher de ces faits, l'observation de MM. Chauffard et Thévenot, publiée à la Société Médicale des Hôpitaux (7 décembre 1923) et intitulée : « Guérison rapide par les rayons ultra-violets d'une péri-adénite inguinale double suppurée », observation que nous citerons plus complètement dans la 2e partie de ce travail.

« Il s'agit d'un malade qui a contracté, en 1907-1911, durant un séjour dans le sud Oranais, paludisme et dysenterie. Depuis sa rentrée en France (1911), il a présenté chaque année un accès paludéen de plus en plus faible, mais n'eut jamais de rechutes dysentériques. Le 1er septembre 1923, il se présente avec une adénopathie gauche sans porte d'entrée, type Favre, de la grosseur d'une pomme, puis, le mois suivant, une seconde au-dessus, puis une autre à droite. Deux mois après : Syndrome dysentérique atténué. A l'examen des selles : amibes. La palpation des fosses iliaques montre à droite l'empâtement profond des ganglions hypogastriques. Traitement initial par l'émétine qui jugule le syndrome dysentérique, sans modifier l'aspect des adénopathies.

Ces auteurs concluent : Le premier point à relever dans cette observation est que la présence simultanée chez ce malade d'une dysenterie amibienne et d'une paradénite n'a été qu'une coïncidence fortuite. L'adénite a précédé de deux mois la crise de dysenterie et elle n'a été influencée en rien par le traite-

ment émétinien qui, par contre, a déterminé la guérison rapide de l'amibiase intestinale.

Malgré l'opinion des auteurs, n'y avait-il là qu'une coïncidence?

Citons, pour mémoire, quelques cas isolés de bubons climatiques qui ont été rattachés les uns à la fièvre de Malte (Sala Bubon inguinale épidémique à microcosmes paraméliteuse ou à des mycoses (Oosporoses).

VII. — Du diagnostic pratique et méthodique du bubon climatique

Pour de multiples raisons, tant épidémiologiques qu'administratives, la première question à se poser, en face d'une adénopathie inguinale, n' « ayant pas fait sa preuve » c'est-à-dire n'apparaissant pas comme immédiatement en rapport avec une ulcération spécifique ou non de la sphère ano-génitale ou plus rarement du membre inférieur :

a) Survenant chez un sujet, soit qu'il appartienne au milieu maritime, soit qu'il arrive d'Orient ou du proche Orient, soit qu'il exerce une profession capable d'expliquer une contamination (chiffonniers).

b) Que cette adénite s'accompagne ou non d'un état fébrile.

La première question à se poser, disions-nous, est la suivante : *S'agit-il d'un bubon pesteux ?*

1°) *Eléments d'orientation :*

A). *Etiologique :* Provenance d'une région à endémie pesteuse.

Infestation murine. *Piqûres de puces.*

B) *Cliniques :* Apparition sans cause apparente.

a) Quand le bubon est volumineux : masse ganglionnaire confondue dans une gai-

ne conjonctive d'une résistance et parfois d'une dureté quasi cartilagineuse (Périadénite).

b) Quand le bubon est peu développé, chercher un paquet ganglionnaire voisin ou plus profond, qui présentera la périadénite caractéristique et sera habituellement relié au précédent par des troncs lymphatiques volumineux et durs dus à la périlymphangite.

c) Quand le bubon est inguinal, il est réuni au paquet secondaire par des cordons passant au-dessus de l'arcade crurale. Ces cordons peuvent parfois se prolonger jusque dans la fosse illiaque. Ces masses sont généralement très douloureuses sans l'être autant cependant que le bubon inguinal.

Accessoirement :

— Splénomégalie.
— Hypertension persistante.
— Hypochlorurie.
— Leucocytose, avec hypo-éosinophilie.
— Prédominance de la résorption sur la suppuration.

2°) *Eléments de certitude.*

a) *La Recherche du bacille.*

Par ponction du ganglion (Technique de M. le professeur agrégé Tanon) :

« Choisir quelques ganglions plus mous, plus superficiels qu'on dilacérera avec la pointe de l'aiguille, avant de faire l'aspiration. On retire d'ordinaire une quantité si minime de sérosité qu'on ne peut la faire pénétrer dans la seringue. Il faudra donc se contenter de faire plusieurs fois le vide avec le piston et de retirer l'aiguille, sans continuer l'aspiration. Sans cela, on risquerait d'aspirer au passage le sang d'un vaisseau congestionné comme cela nous est arrivé plusieurs fois et de diluer la minime quantité de sérosité recueillie, ce qui rendra la recherche du bacille à peu près illusoire. Une fois l'aiguille, retirée, on la met au-dessus d'une lame et l'on chasse le piston. Le peu qui sort suffira pour faire un étalement. La plupart du temps, si le bubon ne dépasse pas quinze jours, on retrouvera encore quelques bacilles pesteux ».

2°) *L'Hémoculture.*

La présence du bacille de Yersin dans le sang est habituelle, dès les premiers jours de l'affection. Les formes les plus bénignes peuvent s'accompagner de bacillémie précoce. Malheureusement, dans les « formes liminaires », cette bacillémie ne se voit pas

3°) *La ganglio-culture.*

4°) L'*Inoculation à la souris.* — C'est là la méthode de choix, celle qui, grâce aux précautions indiquées par M. le professeur Tanon, a pu permettre de rapporter à la peste ces « formes liminaires », qui

ont fourni un gros élément de vitalité à la conception du bubon climatique. « Pour réussir cette inoculation, dit M. Tanon, il ne faut pas se contenter d'inoculer la maigre quantité de sérosité recueillie, on n'obtiendra rien ; il vaut mieux opérer de la manière suivante : Après avoir ponctionné le bubon comme il vient d'être dit, on retire la seringue et l'aiguille et au lieu d'en inoculer le contenu on les porte dans un tube de bouillon. On aspire deux centimètres cubes de liquide, ce qui dilue la sérosité de l'aiguille et on rejette le tout dans un tube de verre vide, stérile, qu'on mettra pendant 48 heures à l'étuve à 37°. On aura ensemencé tout ce qu'on aura pu : le bacille s'y multipliera un peu et on inoculera le tout à une souris avec plus de chances de déterminer son infection.

5°) *La réaction de déviation du complément* (Joltrain), est excellente bien que sa valeur ne soit pas absolue.

6°) *La Biopsie.* — L'anatomie pathologique des « formes liminaires » n'a pas encore été faite. « Nous ne savons pas quelles formes de lésions elles pourraient reproduire ».

Si toutes ces recherches demeurent négatives ou si vraiment il n'y a pas lieu de penser à une étiologie pesteuse (mais l'on sait avec quelle prudence cette élimination doit être faite) il convient, tout de suite, de se demander si l'on a pas affaire à une :

Forme atypique d'affection locale ou générale spécifique ou non.

S'agit-il d'un *bubon chancrelleux secondaire* à un chancre volant ou lui survivant?

Si le chancre existe encore on s'acharnera à pratiquer la recherche du bacille de Ducrey sur de nombreuses lames et en variant les colorations. Sinon, une seule méthode pratique et inoffensive : la cutiréaction de Reenstierna (dépôt sur la peau légèrement scarifiée d'une émulsion de bacille de Ducrey en eau physiologique phéniquée à 0,05 %, rougeur, œdèmes en 24 heures, dans les cas positifs).

Pense-t-on à la possibilité *d'une adénite syphilitique tertiaire suppurée* ? Amnamnestiques, réactions sérologiques : B. Wassermann, Hetch, Jacosbtahl.

Y a-t-il lieu de croire, en dépit de sa rareté à l'aine, *d'une adénopathie tuberculeuse*.

Recherche minutieuse des antécédents. Inoculation au cobaye. Réaction de déviation.

Enfin, *la Maladie de Hodgkin*, *le lymphosarcome* au début, seraient dépistés par la biopsie et la recherche de la formule leucocytaire.

Le diagnostic de *la lympho-granulomatose inguinale subaiguë*, sera envisagé en dernier lieu.

A). *Eléments étiologiques d'orientation.*

1). Homme.

2) Non circoncis (Hanschell n'aurait pas observé un seul cas chez des circoncis. Pour de Bellard (*Gazette Médicale de Caraccas*, 1925), le germe de la lymphogranulomatose inguinale pourrait séjourner

fort longtemps dans le smegma sous-préputial du sujet contaminé, plusieurs mois, avant l'engorgement ganglionnaire).

3) Appartenant indifféremment aux régions tropicales, sub-tropicales et tempérées.

4) Rapports sexuels.

B) *Eléments cliniques d'orientation :*

a) Notion d'une lésion génitale de type herpétiforme ou papuleux, *fugace*.

b) Dès son début, l'adénopathie s'étend à tout un groupe ganglionnaire, mais le processus anatomique n'est pas simultanément identique, dans tous les points intéressés; par endroits, on note une tuméfaction dure du ganglion, alors que d'autres points peuvent déjà être en voie de suppuration.

c) Cette adénopathie est indolente, même mobilisée en masse (signe de l'ébranlement).

d) La tendance suppurative l'emporte sur la résorption de beaucoup.

e) Suppuration de type spécial, partielle, formant des points suppurés multiples, des fistules très petites, laissant s'écouler un liquide peu irritant.

f) Evolution désespérément longue.

C). *Eléments biologiques de certitude.*

a) Négativité absolue dans l'état actuel de la science de toutes les recherches bactériologiques, sérologiques, expérimentales, les plus minutieuses et les plus complètes.

b) *Biopsie :*

Macroscopiquement : abcès intra-ganglionnaires, gommes à contenu homogène, le tout plongeant dans une nappe de péri-adénite considérablement développée.

Microscopiquement :

a) Hypergenèse du tissu adénoïdien. Augmentation du volume des follicules. Fréquence des caryokinèses.

b) Abcès : amas de polynucléaires diapédésés, bordés de cellules épithélioïdes, entourés de nombreux plasmazellen et de quelques rares cellules géantes. Débris chromatiniens.

c) Gommes, entourées de cellules épithélioïdes.

d) Tissu cellulo-adipeux péri-ganglionnaire modifié.

Nous n'insistons pas sur le diagnostic de l'érysipèle de Rio et des adénites de la Réunion, la notion du pays d'origine devant faire suspecter ces affections d'ailleurs considérées comme devant être rapportées à la peste par certains auteurs. Nous n'insisterons pas non plus sur le diagnostic des adénites amibiennes dont l'individualité est encore discutée.

DEUXIEME PARTIE

La thérapeutique du bubon climatique

I) Généralités

La thérapeutique du bubon climatique, multiple et décevante, s'est constituée selon deux méthodes : une première méthode purement empirique qui met en œuvre tous les procédés capables d'agir sur le tissu lymphoïde en général, d'en réduire les phénomènes inflammatoires, ou d'en pratiquer l'excision ; une seconde à tendance plus scientifique tient compte d'une étiologie plus ou moins hypothétique et cherche à lutter contre la cause. A la première de ces thérapeutiques appartiennent : la chirurgie et la grande majorité des traitements locaux. A la seconde, appartiennent schématiquement les traitements généraux. La radiothérapie tient des deux.

Nous proposons le classement suivant des moyens thérapeutiques :

A) Thérapeutique générale.

1) A tendance spécifique :

— La Sérothérapie antipesteuse.
— Le chlorhydrate d'émétine.
— Les antimoniaux.

2) *Empirique :*

— Le traitement iodé.
— Le Sulfate de cuivre ammoniacal.

— Le Novarsénobenzol.
— L'Autohémothérapie.
— La Protéinothérapie.
— La Vaccinothérapie.

B) Thérapeutique locale.

La Chirurgie : l'Exérèse chirurgicale.
L'Incision simple.
Les Ponctions suivies d'injections modificatrices.

Les Radiations : La Radiothérapie.
Les Ultra-violets.
La chaleur radiante.

I) Les traitements généraux.

Le traitement du bubon climatique par la Sérothérapie anti-pesteuse.

Lorsqu'on a la certitude de se trouver en face d'une forme même bénigne de peste, le réflexe immédiat consiste à pratiquer une injection de sérum de Yersin. Il doit en être de même chez tout porteur de bubon présentant un ou plusieurs signes d'orientation clinique que nous avons décrit aussitôt après la ponction du bubon.

L'injection de sérum sera : strictement *intra-veineuse*, *lente*, *unique*, et de cent centimètres cubes au moins. L'on ne doit pas compter sur un résultat immédiat : « La guérison du malade traité s'effectue comme une guérison naturelle. Le sérum a fait pencher la balance, mais

non d'une façon brutale. L'évolution de la maladie n'est pas soudainement jugulée. Elle est simplement orientée vers la guérison, sans que l'effet du sérum soit immédiatement sensible ». (P. L. Simond).

Traitement par le chlorhydrate d'émetine.

Préconisé par M. Ravaut, qui avait pensé rencontrer des amibes dans le pus d'une lympho-granulomatose inguinale, le traitement du bubon par les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine à la dose de 0,04 centigrammes en moyenne par injection a donné des résultats tellement contradictoires, qu'il est presque complètement abandonné à l'heure actuelle, même par son auteur.

Voici une observation de MM. Dufour et Ferrier (Société Médicale des Hôpitaux, 10 mars 1922), où le traitement émétinien associé à l'iode aurait donné un bon résultat : « Le malade soigné sans résultat pour une paradénite, dans un service de chirurgie reçoit en cinquante jours : 17 injections de chlorhydrate d'émétine sous-cutanées d'abord, puis intraveineuses à des doses de 0,04, 0,06, 0,08 centigrammes d'émétine diluée dans 10 cc. de sérum artificiel. Ensuite, après saturation d'émétine : Pendant 30 jours : 50 à 80 gouttes par jour de teinture d'iode mélangée à du lait. A la fin du traitement, le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri, conservant seulement quelques indurations au niveau des ganglions primitivement lésés.

Traitement par les antimoniaux.

Il s'agit là d'un traitement récent. C'est en 1925, en effet, que deux auteurs Argentins, MM. Destefano et Vacarreza publient les premiers résultats obtenus par l'emploi du Stibenyl et surtout de l'émétique en injections intra-veineuses. En septembre 1927 un article des mêmes auteurs dans la *Presse Médicale* vient préciser et confirmer ces encourageants résultats. L'emploi de l'émétique tire son origine de la conception parasitaire que les auteurs se sont faits du bubon climatique.

La technique du traitement est des plus simples : On utilise une solution d'émétique à 1/100 (tartrate double d'antimoine et de potassium) en sérum physiologique, stérélisé par filtration à froid et injecté par voie intraveineuse. L'injection doit être lente. On commence le traitement avec une injection de 5 cm^3, correspondant à 0 gr. 05 d'émétique, en procédant à une deuxième injection de 8 cc. après deux ou trois jours pour continuer après, avec une injection de 10 cc. chaque troisième ou quatrième jour (deux fois par semaine), jusqu'à ce qu'on obtienne la régression des lésions.

Sur 85 cas traités les auteurs auraient obtenu : 46 guérisons avec 8 injections, 19 guérisons avec un maximum de 15 injections, 8 guérisons avec 16 à 32 injections. Les meilleurs résultats étant obtenus dans les formes non encore suppurées naturellement.

Il apparaît, de toute évidence, que si des chiffres favorables fournis par MM. Destefano et Vacarreza sont confirmés, nous serons en possession d'une méthode

thérapeutique pratique et d'une puissance infiniment supérieure à tous les moyens que nous possédons. Malheureusement, il ne semble pas que ce procédé suscite partout le même enthousiasme. Dind, de Lausanne, au IIIe Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, en souligne l'échec et nous même dans une observation personnelle que nous citons en fin de thèse n'avons recueilli qu'un résultat médiocre.

Le traitement iodé dans la lymphogranulomatose inguinale.

M. Ravaut, en 1921, fut amené à reprendre l'étude de la poradénite. Adoptant au début les idées de ses devanciers, il chercha résolument ensuite, devant certains inconvénients de la thérapeutique chirurgicale (persistance des fistules, œdèmes, éléphantis consécutifs à l'extirpation des ganglions, un traitement capable d'éviter aux patients de tels délabrements « par des injections intraveineuses d'émétine il obtint des succès, mais l'inconstance des résultats l'amena à utiliser l'iode qui, actuellement, semble être le remède spécifique de cette affection » (Couppey).

M. Ravaut emploie une solution type ainsi constituée :

Iode métallique : un gramme.
Iodure de potassium chimiq. pur : deux grammes.
Eau distillée stérilisée : cent grammes.

a) *Par voie buccale :* 2 à 3 cuillerées à soupe par jour, progressivement, et en commençant par une (fractionnez les prises).

b) *Par voie intra-veineuse* : On commence par un cc., pour arriver à cinq. Si l'on veut agir plus rapidement, on peut, sans inconvénient, injecter d'emblée 5 cc.

Couppey recommande :

a) De diluer le lugol au moment de l'injection. Dans ce but, on complète, dans la seringue même, la dose à injecter, soit 1 cc., 5 cc., 10 cc. avec du sérum physiologique ou de l'eau distillée, de façon à obtenir un volume total de 5, 10, 20 cc.

b) De mélanger le sang dans la seringue par des aspirations successives (pour éviter l'induration des veines).

c) De pousser l'injection lentement.

Il semble que les résultats soient assez bons, et que le lugol représente une des médications qui, par la constance des améliorations, sinon des guérisons qu'il crée, résiste à l'épreuve du temps.

Citons cette observation de Couppey : H..., 27 ans, entre pour une adénopathie inguinale bilatérale et une roséole syphilitique le 14 décembre. En octobre, elle avait présenté une érosion superficielle et blanchâtre de la fourchette qui met un mois à se cicatriser et s'accompagne d'une adénopathie inguinale surtout marquée à droite (Contage). Actuellement : « Dans la région inguinale droite, au niveau de l'arcade, la peau est rouge, infiltrée, épaisse. A la palpation, on y trouve une masse du volume d'un œuf filant dans la fosse iliaque, de consistance inégale, avec des géodés rénitentes séparées par des zones plus fermes. Périadénite nette, séparée, dou-

leur légère à la pression. A la fourchette, ulcération d'apparence banale (ultra ; repiquage au bras négatif). Sur les amygdales, plaques muqueuses. Sur les téguments : roséole. Foie et rate augmentés de volume. B. W. ++++. Le traitement par le lugol est institué : Deux cuillerées à potage par jour. L'amélioration est nette et rapide. Treize jours après le traitement, la masse inguinale s'est réduite à une noix. Dix-sept jours après, il ne reste plus que des petites masses très dures. Les manifestations syphilitiques persistent sans changement.

Traitement par le sulfate de cuivre ammoniacal, par le novarsénobenzol.

Employé par de Bellard (*Gaceta Medica de Caracas*, n° 24, 1925), chez un malade chez lequel émétine, lugol, traitement xylolé avaient échoué, malgré un processus extensif et suppuratif de 4 mois. Le sulfate de cuivre ammoniacal lui a donné la guérison en 16 jours (une injection intra-veineuse quotidienne de 0,04 centigrammes).

L'arsénobenzol a donné à Ravaut et Scheckewitch (Société Médicale des Hôpitaux, 4 mars 1921), une amélioration là où l'iodure et l'hectine avaient échoué).

Protéinothérapie. Vaccinothérapie dans le bubon climatique

Hanschwell, Manson-Barh, à l'hôpital for Tropical diseases de London, injectent à leur malade, par voie intra-veineuse des cultures tuées de typhique Para A. B., ceci uniquement dans un but de choc.

Le Chuiton (*Archives de médecine navale*, 1925) prépare un auto-vaccin avec le pus du bubon. Comme les auteurs précédents, l'obtention d'un choc hémoclasique seul le préoccupe.

L'auto-hémothérapie a été préconisée.

2°) Les traitements locaux.

a) *L'excision chirurgicale.*

C'est la première thérapeutique en date. Etendue à tous les paquets ganglionnaires de l'aine par les anciens chirurgiens, l'exérèse des adénites inguinales a vu ses indications se restreindre, exception faite de quelques opérateurs, aux « adénopathies inguinales d'origine indéterminée » (Y. Bourdes), c'est-à-dire : bubon climatique, lymphogranulomatose inguinale. Il ne semble pas d'ailleurs que la crainte de ces éléphantiasis consécutifs à des résections « larga manu » du système lymphatique, ces lymphorrées interminables qui hantait les premiers chirurgiens français et étrangers, inquiètent beaucoup moins les interventionnistes modernes forts d'une technique infiniment mieux réglée. Nous avons déjà eu l'occasion de citer, à l'occasion des adénopathies syphilitiques et pesteuses, les travaux du Docteur Lop, chirurgien des hôpitaux de Marseille, dont l'expérience porte sur plus de mille adénopathies inguinales de toute sorte, dont la moitié au moins se rapportent à des bubons climatiques. Nous rapporterons sa technique qui constitue une simplification de celle si minutieusement décrite par M. le professeur Gosset, dans le *Journal de Chirurgie* de

1909 et ses conclusions, qui sont à peu près celles de tous les chirurgiens modernes qui se sont occupés de la question : Yves Bourde, Leroy des Barres (d'Hanoï), etc.

Aucune préparation du malade, pas de vaccinothérapie préalable « inopérante », dit l'auteur, qui ne voit aucune contre-indication à l'intervention, pas même l'âge du malade, ni la bilatéralité des lésions.

« Le plus habituellement, anesthésie générale au Schleich, sauf dans quelques cas rares où les téguments sont intacts et où l'auteur commence alors l'intervention sous la novocaïne et la termine par l'anesthésie générale ». « En général, dit-il, je fais une incision curviligne, dont la convexité regarde la racine de la cuisse. Je rabats en haut le large lambeau obtenu après avoir trouvé un plan de clivage, presque toujours assez facilement. Je termine par l'énucléation de tout le paquet soit le doigt à nu, soit coiffé d'une compresse, soit ganté. Est-ce l'habitude, est-ce le nombre considérable d'adénites opérées, en quelques minutes, il est rare que je n'aie pas vidé tout le pli de l'aine des ganglions infectés. Lorsque les téguments sont en mauvais état, enflammés, je fais alors l'incision au point culminant de la tumeur et après avoir posé un petit Gosset ou soit encore les écarteurs de Farabeuf, je procède et termine de la même façon que par ailleurs.

Il y a toujours une plus ou moins assez abondante hémorragie veineuse, mais que la compression tarit très rapidement. Je fais un attouchement soit à la teinture d'iode soit au chlorure de zinc ou un simple lavage à l'éther ; je réunis aux deux extrémités de la plaie opé-

ratoire. On applique un pansement à plat, légèrement compressif, que l'on renouvelle 48 heures après, sauf en cas de suintement abondant ».

Les suites opératoires seraient bénignes : « Dans les premières 48 heures il se produit une réaction fébrile, allant jusqu'à l'hyperthermie qui tient à l'ouverture des lymphatiques, fièvre qui rappelle celle qui suit le curetage utérin, après l'infection puerpérale ». Toutefois, un incident presque constant :

La lymphorragie, qui aggrave la suppuration toujours inexistante avant l'opération et souvent la provoque lorsqu'elle n'existe pas à l'état de collection.

De même, fréquence *des cicatrices chéloïdiennes*, qui n'offrent d'ailleurs pas les mêmes inconvénients à la région inguinale qu'à la région cervicale.

Quant à *la blessure de la fémorale*, éventualité évidemment redoutable, il pourrait s'agir de deux processus :

Blessure opératoire de la veine : « On l'évitera », dit M. le professeur Gosset, « si l'on a fait une incision cutanée longue, si l'on opère à ciel ouvert, en voyant bien ce qu'on fait ».

Ulcération de l'artère fémorale, par l'abondance de la suppuration et sa virulence.

En dépit de ces complications vraiment exceptionnelles (deux accidents mortels post-opératoires) sur plus d'un millier d'interventions, les résultats généraux seraient excellents : « Je puis me permettre d'affirmer que par le procédé que j'indique, dit le Docteur Lop, j'obtiens une plaie opératoire de moyenne grandeur (sauf

dans le cas d'adénites ayant quelquefois la grosseur d'une orange), de cicatrisation assez rapide, pour laquelle pourtant il ne faut pas prévoir moins de trois semaines, ce délai constituant un minimum ».

.....

Si encourageants que puissent paraître ces résultats, ils n'en appellent pas moins toute une série de remarques, dont plusieurs nous paraissent capitales. Tout d'abord, parlons des risques opératoires :

a) Nous disions précédemment que les craintes de délabrements obligatoires à l'intervention, d'éléphantiasis monstrueux, ne comptaient que pour bien peu, auprès des opérateurs français contemporains ; il ne semble pas en être de même à l'étranger, et dans un travail tout récent (*The Lancet*, 1926), sur la thérapeutique du bubon climatique, Hanschell raconte qu'il a encore trop présent à la mémoire les résultats lamentables d'une exérèse de bubon inguinal, pour jamais recourir, malgré ses avantages, à l'acte chirurgical. D'autre part, nous ne pouvons passer sous silence les risques d'une anesthésie nécessaire à l'ablation d'une tumeur qui en soi ne menace pas l'existence. Nous avons vu, d'autre part, que certains bubons climatiques, lymphogranulomatose à forme septicémique (Favre-Ravaut), ou bien plutôt bubon pesteux, s'accompagnaient d'altérations sévères de l'état général du malade ; n'est-il pas logique de se demander alors si l'intervention sous anesthésie n'offre pas de réels dangers ? Nous savons bien que M. le Docteur Lop lui-même nous met en garde contre le « traquenard » du bubon pesteux, mais la discrimination, sur-

tout dans « les formes liminaires » est-elle toujours facile à faire et la chirurgie ne risque-t-elle point de se faire contaminatrice ? Enfin, les opérateurs avouent que pour obtenir la cicatrisation complète de la plaie opératoire « il ne faut pas prévoir moins de trois semaines, ce délai constituant un minimum ». Or, à côté des formes qui traînent pendant des mois, tous connaissent la fréquence des bubons, se résorbant sous l'influence d'un traitement général banal ou à prétention spécifique, à la suite d'injections modificatrices, quelquefois sans aucune thérapeutique.

En résumé, l'intervention chirurgicale ne semble pas devoir être considérée, en dépit de succès certains, comme une thérapeutique absolue, car, et c'est nous semble-t-il son défaut le plus net, plus que tout autre elle comporte des risques immédiats et peut aboutir à des conséquences irrémédiables.

b) *L'incision simple.*

Rarement préconisée, en tant que traitement du bubon climatique, elle est très souvent le fait d'une erreur de diagnostic : L'on avait cru inciser un bubon chancrelleux procédé qui d'ailleurs n'est guère recommandable dans ce cas.

Précoce : Elle est toujours absolument contre-indiquée :

Hanschell estime qu'elle crée ainsi des lésions secondaires d'origine pyogénique et qu'elle augmente de beaucoup la durée de l'infection.

Fontoymont confirme cette opinion : « Si l'on pratique l'incision précoce », dit-il, « c'est-à-dire, lorsqu'il y a une grosse masse ganglionnaire, avec œdème superficiel, sans fluctuation nette, la masse ganglionnaire fait hernie au dehors, ne suppure que secondairement et donne lieu à des fistules intarissables ».

Quant à l'incision tardive, la plupart des auteurs, sauf Manson, Rost, Insti et Muller, d'ailleurs peu préoccupés du point de vue thérapeutique, ne la recommandent guère. Le drainage filiforme a été proposé par quelques médecins maritimes. Cette méthode ne semble guère avoir été suivie.

Teissier, Tanon et Cambassèdes, lors d'une épidémie de bubons climatiques survenue en 1921 à l'hôpital Claude Bernard et justement considérés comme « des formes liminaires » de peste bubonique, disent, qu'à aucun moment l'incision du bubon n'a influencé favorablement l'évolution de la maladie.

c) *Les ponctions suivies d'injections modificatrices.*

Il s'agit là de méthodes qui partagent leurs indications entre le bubon chancrelleux et le bubon climatique. L'éther iodoformé, la vaseline iodoformée, la solution xylolée de Bory, tels sont les liquides modificateurs les plus fréquemment employés. Nous en rapprocherons l'enfumage iodé selon la technique préconisée par le docteur Louge, de Marseille.

Pour l'éther iodoformé : ponction en peau saine, en se dirigeant obliquement vers le centre de l'adénite.

avec une grosse aiguille. L'on vide lentement ce que l'on peut. L'aiguille étant laissée en place, injection de 1 à 2 centimètres cubes d'éther iodoformé à 10/1000e, qui distendra la poche et s'échappera par l'aiguille. On réinjecte de l'éther jusqu'à temps qu'il sorte clair. Certains auteurs ont proposé le mélange : solution aqueuse d'arséniate de soude au 1/100e + ½ centimètre cube d'éther). Repos au lit. Compresses humides. Ponction le surlendemain en un autre point.

Bory recommande l'emploi de son mélange xylolé, dont voici la composition : Iode ou iodoforme : 1 gr. ; xylol : 0 gr. 10. Faire dissoudre et mélanger avec huile de vaseline : 90 cc. Ponction des foyers ramollis, suivie d'injections répétées deux ou trois fois d'une petite quantité de l'huile xylo-iodoformée. Cette méthode, très employée, semble avoir donné souvent d'excellents résultats. Signalons encore deux procédés initialement employés pour le bubon chancrelleux. Tout d'abord la méthode de Fontan, qui consiste à injecter dans le bubon de la vaseline iodoformée au 1/10e, réchauffée à l'aide d'une seringue de 10 cc., lorsqu'une ou plusieurs cavités sont suffisamment amples pour le permettre ; dans ce cas, la vaseline se prend dans la poche ganglionnaire et a peu de tendance à sortir ; la poche doit être maintenue distendue au maximum pendant 3 à 5 jours, puis on évacue le contenu par ponction. Lorsque les cavités sont petites, aboutissant de fistules multiples qui donnent à l'adénopathie cet aspect « en pomme d'arrosoir » si fréquemment observé dans le bubon lymphogranulomateux, il semble préférable de se servir d'huile cam-

phrée avec 3/100' d'iodoforme, suivie d'obturation secondaire de l'orifice d'injection avec une goutte de collodion.

L'enfumage iodée, appliqué à la « pipe » de Longe, soit à l'aide d'une instrumentation plus complexe, peut rendre des services, qu'on l'utilise soit d'emblée, c'est le cas le plus fréquent, comme modificateur après évacuation totale ou partielle du pus ; soit que le chirurgien s'en serve pour tarir, après l'extirpation de la masse ganglionnaire, « une suppuration trop abondante qui ne cède pas aux moyens ordinaires » (Dr Lop). C'est, dans tous les cas une méthode assez douloureuse, malgré son indéniable activité.

3°) Les Radiations.

A) *La Radiothérapie.*

Etant donné l'action marquée des rayons de Roëntgen sur le tissu lymphoïde en général, étant donné, d'autre part, l'aspect granulomateux, pseudo-néoplasique, de certains bubons, il était logique d'expérimenter les effets des rayons X sur les adénites climatiques, comme il avait été fait pour les autres adénopathies.

Les premiers essais furent tentés par des médecins allemands : Weterer, puis Hubner, obtiennent des résultats satisfaisants. « La fonte purulente, dit Hubner, a été hâtée beaucoup plus qu'à l'aide d'autres moyens ». Les effets sont d'autant plus marqués que l'irradiation est pratiquée plus au début de la réaction inflammatoire, avant la suppuration. Pourtant, même au moment de la

formation du pus, il y a quelques bénéfices à retirer de la radio, puisque les observateurs ont montré dans l'ensemble que le processus évolutif était accéléré. Mencioni et Paoli ont aussi appliqué la radiothérapie au traitement des adénites consécutives au chancre simple (?) et, après application de 3 H ½ à 4 H., ils ont obtenu les résultats suivants : La douleur diminue et même disparaît en 24 à 48 heures, après l'irradiation, pour les adénites aiguës, un peu plus tardivement pour les subaiguës...

A l'égard du bubon lymphogranulomateux, la méthode préconisée par H. Moutot (de Lyon) donne des améliorations dont nous trouvons l'écho dans cette communication que fit M. Favre à la Société de Biologie, le 4 juillet 1921 : « ...Depuis plusieurs années déjà, dit cet auteur, pour éviter les traitements locaux, les délabrements, les immobilisations prolongées, les complications lymphatiques avec éléphantiasis, observées dans quelques cas, nous avons cherché à appliquer la radiothérapie à la cure de ces adénopathies. Cette méthode nous a donné de bons résultats, surtout dans les formes non ouvertes. Dans les formes fistuleuses, les résultats sont parfois incomplets. Il persiste des infiltrations dures, dans lesquelles les fistules restent intarissables, et pour lesquelles le traitement chirurgical a dû intervenir ultérieurement... Dans l'ensemble, le traitement radiothérapique constitue un perfectionnement pour la cure de cette adénopathie ». Il ne s'agit jusqu'ici que d'améliorations, mais il est permis de se demander si une augmentation du rayonnement en tant que pénétration ne donnerait pas de rayonnements plus complets. Cette ob-

servation que MM. Simon et Bralez ont publié à la séance du 13 décembre 1923 de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, tendrait à le prouver. Nous la résumerons : Il s'agit d'un malade présentant une adénopathie de type lymphogranulomateux droite avec quelques ganglions à gauche. En outre, érosion herpétiforme sur le fourreau de la verge.

Dès le 3e jour de son admission à l'hôpital, le malade est mis au traitement iodé (injections d'iodure de potassium intra-veineuses bi-hebdomadaires à doses progressives, ingestion bi-hebdomadaire de teinture d'iode). En dépit de ce traitement ponctuellement suivi et d'ailleurs mal supporté (extrême lassitude, anorexie), l'adénite, à droite, se fistulise. L'on décide de faire subir au malade un traitement radiothérapique. Une première séance est instituée : 5 H. Etincelle de 25 cm. 10 m/m de filtre aluminium. Rayons de pénétration moyenne.

Cette application détermine un affaissement des masses ganglionnaires. Mais survient un érythème polymorphe, imputable à des phénomènes d'iodisme. L'érythème est de type urticarien prédominant, cervical, et s'accompagne de dépression et d'amaigrissement. Tout traitement iodique est arrêté. Deuxième séance de radiothérapie : 12 jours après la première et dans les mêmes conditions. Troisième séance : une quinzaine après. L'érythème persiste. L'état général est mauvais. Localement : l'amélioration paraît arrêtée. Il y aurait même tendance à la récidive. A gauche, 3 fistules se sont produites. A droite, nouveau ganglion. Une quatrième séance est décidée, mais avec l'emploi d'un rayonnement de péné-

tration plus grande : 10 H. Filtre aluminium de 12 m/m. Etincelle de 40 cm. Elle a lieu treize jours après la précédente. *Amélioration brusque* dans les six jours. Dix-sept jours après la quatrième séance, les masses sont affaissées. Cinquième séance au bout d'un mois environ : 8 H. 15 m/m de filtre. Aluminium. Un mois après, le malade est complètement guéri ».

En résumé : Lymphogranulomatose inguinale subaiguë, améliorée par la radiothérapie habituelle, guérie par la radiothérapie profonde.

Il s'agit là d'une excellente méthode qui a fait ses preuves. Malheureusement, elle n'est pas à portée de tous les praticiens, en particulier des médecins coloniaux, souvent pratiquant loin de tout centre ; d'autre part, à côté de cas heureux, elle agit parfois moins complètement, et dans ce cas, ainsi que l'a fait très justement remarquer M. le professeur Favre : il faut bien savoir que ces demi-échecs se compliquent d'une sclérose extrêmement intense et envahissante, qui rend l'intervention chirurgicale, par la suite, délicate et même souvent difficile.

b) *Les ultra-violets.*

Nous n'avons trouvé, dans la littérature médicale, qu'une observation concernant le traitement local des bubons climatiques par les rayons ultra-violets. Cette observation, dont nous avons déjà parlé à un tout autre point de vue, à l'occasion des bubons dysentériques, a été présentée par MM. Chauffard et Thévenard à la Société Médicale des Hôpitaux, le 7 décembre 1923.

Nous la résumerons : « Le malade a contracté en 1907-1911, durant un séjour dans le Sud-Oranais, paludisme et dysenterie. Depuis sa rentrée en France (1911), il a présenté chaque année un accès paludéen de plus en plus faible, mais n'eut jamais de rechutes dysentériques.

Le 1er septembre 1923, il se présente avec une adénopathie gauche sans porte d'entrée, type Favre, de la grosseur d'une pomme, puis le mois suivant avec une seconde au-dessus et une autre à droite. Une incision est pratiquée et le malade est soumis au traitement par le lugol.

Le 12 novembre, à son entrée à la Clinique, le malade se présente avec un syndrome dysentérique atténué. A l'examen des selles : amibes.

A gauche : deux cicatrices linéaires, violacées, et laissant sourde de manière continue un liquide jaunâtre. A droite : tuméfaction. La palpation des fosses iliaques montre à droite l'empâtement profond des ganglions hypogastriques. Le malade reçoit d'abord six injections de chlorhydrate d'émétine, à la dose de 0 gr. 06. Le syndrome dysentérique disparaît rapidement. Aucune modification du côté des adénites. Le sujet est alors soumis à des applications de rayons ultra-violets quotidiennes, d'une durée de dix minutes, faites au moyen de la lampe à quartz et mercure élevée à 1 m. 50 au-dessus des téguments. L'amélioration s'est manifestée dès la quatrième séance et à la dixième, la guérison clinique s'avérait presque complète. Douze irradiations ont été pratiquées et nous les continuerons pendant encore quelques jours. Ce résultat est d'autant plus remarquable qu'on connaît la

lenteur désespérante avec laquelle se guérissent les poradénites.

Nous ne ferons que citer, pour mémoire, le traitement du bubon climatique par la chaleur radiante (Appareil Gaiffe-Delherm) employé par Villegaz-Ruiz.

Deux observations personnelles de Lympho-granulomatose inguinale subaiguë

I

« *Ri... Alb.*, 22 ans, soldat de 2e classe, entre à l'hôpital Percy le 2 février 1921, pour une adénopathie inguinale de la grosseur d'un œuf ».

Il s'agit d'un jeune homme robuste et bien constitué, qui nous raconte très exactement le début clinique de son affection : Depuis une huitaine de jours, il se sent fatigué, mal en train, pas suffisamment toutefois pour se faire porter malade. Toutefois, il ressent une douleur au niveau de l'aîne droite, douleur qui va s'accroissant ; d'abord simple tiraillement, cette douleur revêt bientôt un caractère suffisamment aigu, pour interdire les exercices au malade qui est mis en observation.

Il s'aperçoit, au bout de quarante-huit heures de souffrance, d'une grosseur dans l'aine, très dure et très douloureuse au palper ; inquiet il se rend à l'infirmerie où l'application du thermomètre révèle une température de 38°2. Le malade est aussitôt dirigé vers l'hôpital.

A l'examen, il s'agit d'un sujet fatigué, mais dont l'état général est somme toute très peu altéré. Il conde la douleur, accalmies prolongées par l'application d'une vessie de glace sur la tumeur.

Si nous découvrons le malade, nous apercevons une grosseur ovoïde du volume d'un œuf, à grand axe oblique en dedans et en bas, assez aplatie.

La peau est à peine rosée. La tumeur est très légèrement chaude.

Elle semble isolée, nul prolongement n'est palpable.

Ce qui domine, c'est la douleur. Douleur qui interdit

un examen très approfondi. Toutefois, cette adénopathie donne essentiellement une impression de fermeté.

Nous interrogeons très minutieusement le malade sur ses antécédents vénériens. C'est un garçon intelligent, qui comprend l'intérêt de ces questions et répond très franchement.

Il reconnaît deux « échauffements », que trahissent d'ailleurs un très léger suintement à la pression du canal. Indéniablement : blennorragie chronique. Mais il affirme avec force, et nous pouvons le croire, qu'il n'a pas eu de rapport depuis deux mois.

Nulle trace de chancre, pas la moindre érosion d'herpès chez ce sujet non circoncis, mais à gland facilement découvrable.

Nous recherchons l'intégrité des téguments du membre inférieur. Rien. Toutefois, comme le malade accuse des piqûres de puces (de même que tous ses camarades de chambrée d'ailleurs), nous nous méfions.

Le 5 février, l'aspect de l'adénite n'a guère changé. Mais le soir de ce jour, le malade semble plus abattu, et la température est de 39°.

Sur les conseils de notre médecin-chef, le malade, d'ailleurs isolé dès son entrée, est dirigé sur le Val-de-Grâce, avec le diagnostic : « bubon suspect » ; cette suspicion de forme bubonique de la peste étant dictée, tant par la notion de piqûres de puces que par celle d'une petite épidémie concomitante de peste à Paris.

.....

L'enquête que nous avons faite ultérieurement au Val-de-Grâce nous a appris d'une part que les examens bactériologiques pratiqués dans le but de rechercher le bacille de Yersin s'étaient montrés complètement négatifs, que le bubon avait suppuré au bout de quatre jours et que cette suppuration s'était prolongée pendant un mois. Guérison complète au bout d'un mois et demi.

La négativité des examens bactériologiques nous avait fait admettre le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale. A la lumière des faits nouveaux, nous nous demandons, à l'heure actuelle, si ce cas ne devrait pas être rangé dans les « formes liminaires » de la peste.

(*Observation publiée grâce à l'autorisation de M. le médecin principal Bichelonne*)

II

« *S... Michel*, 32 ans, manœuvre, vient à la consultation de Tenon pour un bubon fistulisé de l'aîne gauche. Le malade nous apprend que, depuis un mois et demi, une masse inguinale, qu'un médecin avait considérée comme un bubon chancrelleux, malgré ses dénégations quant à l'existence d'une porte d'entrée d'origine vénérienne, s'est ouverte en plusieurs points, laissant s'échapper un pus visqueux et relativement clair.

A l'examen masse vaguement ovoïde de la région inguinale, de la largeur d'une paume de main, laissant voir trois orifices fistuleux à bord décollés. La peau est violacée. Mauvaise odeur. Cependant, à la palpation, la masse est peu douloureuse, mobilisable ; au-dessus d'elle, gros ganglion du volume d'un œuf de pigeon. Etat général excellent. Une prise de sang pour B. W. est pratiquée.

Le malade est revu huit jours après. Etat local inchangé. Le B. W. est négatif.

L'on pense à une lympho-granulomatose inguinale subaiguë.

Ce malade est traité par les injections intra-veineuses d'émétique à 1/100e. 5 cc., puis 8 cc., puis 10 cc. sont injectés, à trois jours d'intervalle, ensuite 10 cc. deux fois par semaine. Le traitement est poursuivi pendant

trois semaines. Une des fistules se cicatrise, mais le ganglion supérieur se met à suppurer. Le traitement par l'émétique est supprimé et le malade soumis à la Radiothérapie qui, en six semaines, améliore tellement la situation locale, qu'on peut considérer la guérison comme proche.

(15 novembre 1927).

Conclusions

1) La fréquence de la *lymphogranulomatose inguinale subaiguë* dans les premières années qui suivirent la grande guerre a suscité de nombreux travaux qui aboutirent, en dehors de la précision apportée à l'étude de ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques, à son identification par MM. Favre, Nicolas et Durand au bubon climatique compris selon les idées de Muller et Justi.

2) Or, si l'individualité de la maladie de Nicolas Favre peut être considérée comme un fait à peu près acquis, l'assimilation du bubon climatique à la lymphogranulomatose ne peut être acceptée sans discussion.

3) Le bubon climatique, selon les idées de MM. Muller et Justi, mérite peut-être d'être assimilé à la lymphogranulomatose inguinale, mais il est loin de représenter complètement le bubon climatique selon la conception des médecins coloniaux, vaste syndrome « inconsistant » qui groupe des affections distinctes n'ayant comme lien que leur traduction clinique inguino-ganglionnaire.

4) Dans ce chaos étiologique auquel répond le bubon climatique, il est possible d'établir un classement. Voici celui que nous proposons :

Constituent le bubon climatique :

a) Des formes atypiques d'affections spécifiques ou non spécifiques qui, grâce à leur atypie même, ont pu être confondues, mais qui doivent, par suite des progrès cliniques et biologiques actuels, reprendre place dans leur cadre respectif : 1. Forme atypique de l'adénite chancrelleuse ; 2. Adénites syphilitiques tertiaires ; 3. Deux affections plus rares : Forme isolée de la tuberculose inguinale ; forme monoganglionnaire de la maladie de Hodgkin.

b) Les « formes liminaires » de la peste qui y occupent une large place.

c) La lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Maladie de Nicolas Favre).

d) Quelques affections mal connues d'étiologie encore douteuse, mais qui se rencontrent dans certaines descriptions de bubon climatique : lymphangite infectieuse de la Réunion, adénites amibiennes de Cochinchine.

5) Le diagnostic différentiel de ces diverses affections, nées du démembrement du syndrome « bubon climatique », peut être fort délicat ; il suppose des éléments « d'orientation » que peuvent fournir l'enquête étiologique minutieuse associée à des nuances symptomatiques, un ou des éléments de certitude que doit procurer la technique du laboratoire.

6) La thérapeutique du bubon climatique doit s'inspirer, autant que possible, des données étiologiques : spécifique dans le cas de bubon pesteux, elle devient empi-

rique dans la lymphogranulomatose inguinale utilisant au point de vue général la chimiothérapie, la protéinothérapie ; au point de vue local, les ressources de la chirurgie, les radiations, l'emploi d'antiseptiques variés.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. TEISSIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

Pour les travaux antérieurs à 1922, se reporter à la thèse de Phylaclos, Lyon 1922, que comporte une Bibliographie très complète.

Année 1922

1). Nicolas et Favre. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Ulcère vénérien adénogène. (1er Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, Paris, 1922).

2). Hanns et Weiss. — Ulcère vénérien adénogène. (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, n° 6, R. S., 9 juillet 1922, p. 77).

3). Spillmann-Drouet. — Lymphogranulome inguinal et syphilis. (1er Congrès des Dermat..., Paris, 1922).

4). Ravaut-Boulin-Rabut. — Sur une variété de paradénolymphite suppurée bénigne à forme scepticémique. Ses rapports avec la lymphogranulomatose inguinale subaiguë de MM. Nicolas et Favre (*Presse Médicale*, 27 mai 22, p. 453).

5). Bernard. — Un cas de lymphogranulomatose inguinale. (*Bruxelles médical*, 15 février 1922, p. 103).

6). Claassen. — Granulome inguinal. — *Ohio-State. Med.* (22 octobre, p. 685).

7). Oetgen. — Granulome inguinal. — *Florida Med. Association* (novembre 22, p. 80).

8). Ravaut et Rabut. — Réaction de B.-W. passagèrement oscillante et positive au cours de l'affection dite lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (*Annales de Dermatologie*, février 1922, p. 80).

9). Teissier-Gastinel-Reilly. — A propos de la polyadénite inguinale subaiguë désignée sous le nom de lymphogranulomatose. (1er Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Paris, 1922).

10). Gamna. — *Archivo per la Scienze Mediche*, Turin, L. G. I. S., tome XIV, 1922.

11). Phylaclos. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. (Ulcère vénérien adénogène, ses rapports avec le bubon climatique. Thèse Lyon, 1922).

12). Arantes. — La lympho-granulomatose d'origine coccidienne. Thèse Sao-Pola, 1922.

13). Couppey. — Les traitements iodés dans les adénites. — Thèse Paris, 1922.

14). Dufour et Ferrier. — Adénite inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires. Lymphogranulome guéri par le chlorhydrate d'émetine et la teinture d'iode. (Société médicale de Paris, 1922, p. 452).

15). Bory. — Le lymphogranulome inguinal. (*Progrès Médical*, Paris, 1922, p. 565).

16). Chastang. — Bubon climatique et lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (*Archives de médecine et de pharmacie navale*, Paris, 1922, p. 195).

17). Delbet. — Diagnostic différentiel d'une tumeur du pli de l'aine qui était considéré comme un

adénolymphocèle. *Progrès Médical* (Paris 1922).

18). Sala. — Su 20 casi di linfoadenopatia inguinocrurale epidemica. (*Policlinica*, Roma, 1922, p. 717).

19). Vanni. — Studi sulla etiologica e patogenesi de una linfo adinite inguinale epidemica occorsa in Ronciglione. (*Rif Medic. Napoli*, 1922, p. 433).

20). Gastinel et Reilly. — Lymphogranulomatose inguinale. (*Bulletin médical*, Paris, 1922, p. 453).

21). Spillmann. — Les idées nouvelles sur les adénites inguinales. (*Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1922, p. 250).

22). Leger et Baury. — Bubon climatique et peste. (*Bulletin de l'Académie des Sciences*, sept. 1922).

Année 1928

1). Gamna. — Sulla linfogranulomatosa inguinale a focolai multiplici suppurativi. (*Giornale della R. Academia di medica de Torino*), Janvier 1923, p. 34.

2. Soli. — Giornale de Biologia et Medecina Sperimental (mai 1923).

3). Saalfeld. — Hautveranderungen der lymphogranulomatose. (*Berliner dermatologische Gesselchaft* (3 juillet 1923).

4. Louste-Thibaut-Chavany. — Un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë évoluant chez une femme. (*Bulletin de la Société Française de Dermatol.*, 12 juillet).

vaux récents. (*Presse Médicale, juillet* 1914).

6). Gamna. — La présence du corpuscule endocellulaire dans la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (*Giorn. d. R. Academia di M. de Turin*, novemb. p. 300).

7). Spillmann. — Adénopathie inguinale double du type lymphogranulomatose. (Réunion dermatologique de Nancy, 18 décembre 1923, p. 50).

8). Artz. — Zur Kenntis der lymphogranulomatosis. *Zentralbl. f. Allg. Path. U. Path. Anat.*, 23 t. 33, n° 21, p. 583.

9). Destefano et Vacarezza. — « Le traitement de la poradénite par les sels d'antimoine. (*La Semana Medica*, 1923, II, p. 229-291).

10). Simon et Bralez. — « Un cas de lymphogranulomatose de Nicolas et Favre, traité par la Radiothérapie profonde. (*Bull. de la S. Française de Dermatologie*, 13 déc. 23, p. 460) ».

11). Tanon et Cambassédès. — (*Revue de médecine et d'Hygiène tropicale*, mai-juin 1923).

12). Jeanne et Payenneville. — Lymphogranulomatose inguinale. (*Normandie médicale*, Rouen, p. 122, 1924).

13). Gay-Bonnet. — Deux cas de lymphogranulomatose inguinale. — Société de médecine militaire Française, Paris, 1923, p. 209-212.

14). Parruras Hortas. — Lymphogranulomatose. — (*Tribuna medica*, Rio de Janeiro, 1923).

15). Sala. — Bubbon inguinale épidémique a microcoque paramélitense, Viterlo, 1923, G. Aguisotti.

16). Chauffard (A.) et Thevenard. — Guérison rapide par les rayons U. V. d'une poradénite inguinale double suppurée. (*Bulletin Mémoi-*

re de la Société Médicale des Hôpitaux, p. 1723).

17). Nattan-Larrier. — « Les formes liminaires des fièvres récurrentes ». (*Revue de Médecine et d'Hygiène tropicale*).

Année 1924

1). Capelli. — Sulla lymphog. inguinale subacuta de Nicolas et Favre (G. I. M. V.), février 1924, p. 3.

2). Gamna. — Sur l'étiologie de la lymphogranulomatose inguinale. (*Archives de Pathologie et Clinica Medi.*, sept. 24, p. 305).

3). Pautrier-Riettmann-Hababou. — Polyadénite inguinale à type de lymphogranulomatose et à Nocardia. (*Bulletin de la Société française de Dermatologie*, 1924, n° 7, 20 juillet.

4). Ravaut-Boulin-Rabeau. — Etude sur la lymphogranulomatose inguinale. (*Annales de Dermatologie*, août 1924, p. 463).

5). Favre. — Sur l'étiologie de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (Ulcère vénérien adénosgne. A propos de la communication de M. Gamna. *Presse Médicale*, 2 août 1924, p. 651).

6). Gamna. — Sur l'étiologie de la lymphogranulomatose subaiguë. (*Presse Médicale*, 3 décembre).

7). Gamna. — Sur l'étiologie de la lymphogranulomatose subaiguë. (*Presse Médicale*, 7 mai).

8). Pigeon et le Bourdelles. — A propos de la lymphogranulomatose inguinale. (*Annales de dermatologie*, août 1924, p. 463).

9). Montel. — Bubon cliimatique d'origine dysentérique. (*Bulletin de la Société de Path. Exotique*, 1924, 9 janvier et 8 octobre).

10). Bourde Y. — Traitement chirurgical de paquets ganglionnaires de l'aine. (*Gazette des hôpitaux*, n° 83, 16 octobre).

11). Violato (A.). — Lymphogranulome inguinal bénin. (*Annales de médecine navale*, Rome, p. 404).

12). Micheli. — Id. *Morgagni Milano*, IV, 692.

13). De Belli. — Sur la linfogranulomatose de Nicolas et Favre. Pathologica Genova, p. 37-41.

14). Milian. — Adénopathie inguinale suppurée. Syphilis tertiaire. *Bulletin de la Société française de Dermatologie* (1924), p. 466.

15). Milian et Solente. — Lymphadénome inguinal. Id. p. 415-417.

16). Pietra et Cerruti. — Lymphogranuloma inguinale. *Minerva Med Torino*, 1924, p. 739).

17). Correa. — Lymphog. subaiguë. (*Archives Brésiliennes de Méd.*, Rio-de-Janeiro, 1924).

18). Janouche. — Deux cas de lymphogranulomatose. (*Lyon Médical*, 1926, p. 191-193).

Année 1925

1). F. Destefano et R. F. Vacarezza. — « Le traitement de la poradénite inguinale par les sels d'antimoine. (*Semana Medica*, t. II, p. 1013, 1015).

2). Favre. — A propos de la communication de MM. Chevallier et Barreau, intitulée Adénopathie inguinale vénérienne non-supurée, avec généralisation transitoire à des groupes ganglionnaires éloignés. F. non suppurée et extension de la Maladie de Nicolas et Durand. (*Bulletin de la Société Française de dermatologie*, 14 juin, p. 253).

3). F. Fisschl. — Lymphogranulomatose inguinale. (*Zentralblatt für Hant und Geschlechtskran-kheiten*, T. XVI, p. 1).

4). Bory. — Sur la signification des corpuscules chrochancrematophiles dans les lésions du micro-chancre poradenique (B. S. F. L. D., 2 avril, p. 175.

5). Chevallier et Barreau. — Adénopathies inguinales vénériennes non suppurées avec généralisation extensive. (*B. S. F. D.*), avril, p. 117.

6). Frei. — « Eine neue Hant reaktion ber lymphogranulomatose inguinale ». (*Klem. Wochenschr.*, 1925, n° 45, p. 2.148).

7). Mac Donagh. — « Case of poradeno lymphite or lymphogranulomatose inguinale subaigue ». C. S. of L. Section of Dermatology, mars 1925, p. 35.

8). Pardo-Castillo. — « Lymphogranulomatose inguinale ». (*Annales de Dermatologie*, juillet, p. 35).

9). Lop. — Traitement chirurgical des adénites suppurées. (*Gazette des hôpitaux*, 65, p. 1.043).

10). Lo Piesti Seminario. — Lymphogranulomate ing subaigue. (*Studium*, Naples 1925).

11). Lutz (W). — Lymphogranulome inguinal subaigu. (*Schweiz. Med Wchrchr. Basel*, p. 351).

12). Rietti. — Lymph. Inguinale, Roma, p. 97, p. 104.

13). Tommasi (L.). — Alcuni reperti in un Casa di lymphogranulamotose. (*Georn d'Italia d. dermat. c. Sif. Milano*, 456, 459).

14). Bernucci. — I Caratteri clinici ed Anatomici della lymfogranulomatose inguinale subacuta studi in rapports alle linfoadeniti inguinali subacute de natura diversa. (XXII Réunione Soc. I. Derm et Sif. 18 déc., p. 412).

15). Virgillo. — Note sur la reproduction expérimentale de la lymphogranulomatose inguinale. (*Ann. di medicale Navale, Roma,* mars).

16.) Lévy et Metzger. — Polyadénopathie inguinale suppurée d'origine indéterminée, id. 1925, p. 166, 167. Guérie par les injections intraveineuses d'Iodure de K.

17). Weiss et Caïn. — Adénopathie inguinale suppurée, d'origine indéterminée, id., p. 161, 165.

18). Sardo (B.). — Sulla lymphogranulomatosa inguinale subacuta de Nicolas et Favre. (*Rivesta Ospitale Roma,* 1925, p. 203).

19). Tschirky (V.). — Zur Kenntis der lymphogt... *ta Ospitale Roma,* 1925, p. 203).
(*Schwizz. Med. Wchochr. Basel,* p. 414).

20). De Bellard et Uribe. — Contribution à l'étude de la poradénite inguinale subaiguë au Venezuela. (*Gac. Medic. de Caracas,* 1925).

21). Villegaz-Ruiz. — Contribution à la thérapeutique médicale de la poradénite inguinale subaiguë. (*Gac. Medic. de Caracas,* p. 369).

22). Vigne et Fournier. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (*Marseille Médical,* p. 186).

23). Panayotatou. — Abcès amibien extra-péritonéale simulant l'appendicite. (*Bulletin de la Société de Pathol. Exotique,* 11 novembre).

24). Le Chuiton. — Essai de vaccinothérapie dans les adénites tropicales par M. le Chuiton. (*Archives de médecine navale,* 1925).

Année 1926

1). Bernucci. — Sulla linfogranulomatosi de Nicolas et Favre. (*Sez Piemontese della Soci. Ital di Dermat.,* 2 février et avril).

2). Bertaccini. — Contributo alla quistione della linfogranulomatosi inguinale subacuta. (*G. I. D. S.*), août, p. 1178.

3). Capelli. — Per la conoscenza della linfogranulomatose inguinali subacuta. (XXII[e] Réunion. Soc. Ital. Derm. et Syph., 18 décembre, *G. I. D. S.*).

4). Covisa-Bejanaro et Prieto. — Trois cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (*Actas dermofiliograficas*, oct.-nov., p. 26).

5). Dind. — Lymphogranulomatose inguinale. (III[e] Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Bruxelles, 25 juillet).

6). Giacardy. — Sept cas de lymphogranulomatose subaiguë, p. 675. (*Annales de dermato et de syphiligraphie*).

7). Kristjansen. — Un cas de poradenolymphite (Copenhague). (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*).

8). Ramel. — III[e] Congrès des Dermat. et syphilig. de langue française, Bruxelles, 28 juillet, p. 579.

9). De Bellard. — *Journal de Tropical Médecine et Hygiène* (Londres).

10). W. Frei et Hoffmann. — Zentralbl. f. Haut. u. Geschlrcrhtokr., 20 décembre.

11). Hartmann. — Case of unknown cause. (*Revue Générale de clinique et de thérapeutique*, déc. 26).

12). I. Lobb. — *Tribuna medica*, novembre, p. 259.

13). Bouffard. — Lymphogranulomatose subaiguë. (*Annales de Pharmacie et de Médecine Coloniale*, 24 oct. 1926).

14). Roberti. — Diagnostic etiologique des adénopathies inguinales. (*Revue médicale Française*, Paris, p. 257).

15). Verdelet et Auché. — Note sur deux cas de lymphogranulomatose de l'aine. (*Journal de médecine de Bordeaux*).

16). Todd (A. T.). — Poradenite of subacute lymphogranulomaosis. *Lancet* (London), 700-702.

17). Hanschell. — Observations on climatic bubo. *The Lancet* (London), p. 276.

18). Home (W. E.). — Climatic Bubo. (*Journal du Service Royal de Médecine maritime*, London p. 210).

19). Low et Cooke. — Climatic Bubo and its traitement by « protein-schock » and aspiration (*J. States Medica, Londres*), p. 450.

20). Manson-Barh. — Tropical diseases in England. (*Clinic. J. London*, p. 618).

21). Clément (R.). — L'étiologie du granulome vénérien. (*Presse Médicale*, 1926, p. 1429).

22). *Ulcus molle, granulosa Vénereum, lymphogranulomatosis inguinalis.* — Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten, 5 nov. 1926, p. 376).

Année 1927

1). F. Destefano et R. F. Vacarezza. — Traitement de la poradenite inguinale subaiguë par les injections d'émétique. (*Presse Médicale*, n° 91).

2). W. Frei. — *Klin. Worsschr.*, 4 juin, p. 1097).

3). E. Scialom. — Cases with general discussion. (*Minerva Med.*, 7, 363, 10 avril).

4). M. C. Lottrup. — Lymphogranulomatosis or morbus venereus quartus. Ugesk. f. laeger, 17 mars 1927.

5). W. Frei et H. Hoffmann. — Positive intra-cutanéous-pus-reaction, in 31 Cases. (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 153-159, 27.

6). Castorina. — *Pediatra*, 35, p. 179, 15 février 27.

7). Arbattuci. — La lymphangite infectieuse de la Réunion. (*Giornale de dermatologia et Sifilogr. de Milan*, n° 4).

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES